



Kammerwechsel

Abgangsdatum _____	Neue Ärztekammer (falls bekannt) _____
---------------------------	--

Persönliche Angaben	Privatanschrift
Familienname _____	Straße _____
Vorname _____	PLZ/Ort _____
Geburtsdatum _____	Gültig ab/seit _____

Neue Haupttätigkeit
Bitte lückenlose Tätigkeit nach Beendigung der Mitgliedschaft im Bereich von Westfalen-Lippe angeben!

Dienststelle/Krankenhaus _____ seit _____

Dienstanschrift (PLZ/Ort/Straße) _____

Fachgebiet/Abteilung _____ Dienstbezeichnung _____

Niederlassung/Privatärztlich tätig/seit _____

Stunden pro Woche _____

Honorartätigkeit/freiberuflich ja nein

Ohne ärztliche Tätigkeit ab _____ bis _____

Weitere Tätigkeit im Kammerbereich Westfalen-Lippe? ja nein

Dienststelle/Krankenhaus _____ seit _____

Dienstanschrift (PLZ/Ort/Straße) _____

Stunden pro Woche _____ Dienstbezeichnung _____

Datum _____

Unterschrift _____