



Kammerwechsel

Neue Ärztekammer (falls bekannt): _____

Abgangsdatum: _____

Persönliche Angaben

Familienname	Straße
Vorname	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Land

Neue Privatanschrift ab/seit _____

Neue Haupttätigkeit

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

Dienststelle/Krankenhaus	seit
Dienstanschrift (Land/PLZ/Ort/Straße)	
Fachgebiet/Abteilung	Dienstbezeichnung
Niederlassung/Privatärztlich tätig seit	
Stunden pro Woche	
Honorartätigkeit/freiberuflich	ja nein
Ohne ärztliche Tätigkeit ab/seit	bis

Weitere Tätigkeit im Kammerbereich Westfalen-Lippe ja nein

Dienststelle/Krankenhaus	seit
Dienstanschrift (Land/PLZ/Ort/Straße)	
Stunden pro Woche	Dienstbezeichnung

Datum

Unterschrift

RÜCKSENDUNG AN

Ärztekammer Westfalen-Lippe
Ressort Finanzen und Verwaltung
Meldestelle
Gartenstr. 210 – 214
48147 Münster

ODER PER E-MAIL AN

meldestelle@aeowl.de