

## 1. Antrag

Hiermit fordere ich die Ausstellung einer Beglaubigung für folgendes vom Ressort Aus- und Weiterbildung -  
Ärztliche Weiterbildung - der Ärztekammer Westfalen-Lippe ausgestelltes Dokument (z. B. Bescheinigung/  
Urkunde) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Anzahl) einfache beglaubigte Kopie und/oder

\_\_\_\_\_ (Anzahl) vorbeglaubigte Kopien für die Ausstellung einer Apostille (zur Anerkennung im Ausland)

Für das Erstellen einer Beglaubigung fällt entsprechend unserer Verwaltungsgebührenordnung eine Gebühr in der Höhe von EUR 20,00 je beglaubigter Fotokopie an. Verwaltungsgebühren bitte erst nach Erhalt der Eingangsbestätigung, dem ein Überweisungsträger mit Buchungsnummer beigelegt ist, überweisen.

## 2. Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]

Vorname: \_\_\_\_\_

ggf. abweichender Name auf dem zu beglaubigenden Dokument: \_\_\_\_\_

aktuelle Privatanschrift:

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## 4. Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ...

... im Zusammenhang mit meinem Antrag zu führende Korrespondenz auch per E-Mail erfolgen kann.

Ja

Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der o. a. Angaben, dass ich die beigelegte Information zum Datenschutz des Ressorts Aus- und Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.

**Dem Antrag ist eine Kopie eines gültigen Identitätsnachweises beizufügen!**

\_\_\_\_\_

[ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift