

Bitte tragen Sie hier Ihre Mitgliedsnummer und Ihren Namen ein.:

Mitgliedsnummer: _____

Name: _____



Sehr geehrte Mitglieder*innen,

im Rahmen der neuen Legislaturperiode werden die ständigen Ausschüsse der Bezirksärztekammer Pfalz von der Vertreterversammlung gewählt.

Falls Sie Interesse haben, an stets verantwortungsvollen Aufgaben im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung und Fachprüfungen mitzuwirken, würden wir Sie gerne als neues Mitglied für einen oder mehrere unserer Prüfungsausschüsse berufen.

Für diese wichtige ehrenamtliche Aufgabe der Tätigkeit in einem Prüfungsausschuss sucht die Bezirksärztekammer Pfalz permanent neue Ausschussmitglieder.

Über Ihre Rückmeldung freuen wir uns sehr.

Ich möchte Mitglied in folgenden Prüfungsausschüssen werden:

Prüfungsausschuss zum Facharzt für:

Prüfungsausschuss zur Schwerpunktsbezeichnung:

Prüfungsausschuss zur Zusatzbezeichnung:

Prüfungsausschuss zur Fachkunde:
