

BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

ANTRAG AUF ANERKENNUNG

als Facharzt für: _____

der Schwerpunktsbezeichnung: _____

der Bereichsbezeichnung: _____

der fakultativen Weiterbildung: _____

des Fachkundenachweises: _____

des Befähigungsnachweises: _____

Name: _____ Vorname: _____

Privatanschrift: _____ Telefon: _____

Dienstanschrift: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Berufserlaubnis / Approbation, Datum: _____ Ort: _____

Promotion, Datum: _____ Ort: _____

Nur für ausländische Ärzte: 1. Die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztl. Berufes gem. § 10 der Bundesärztleordnung ist für die gesamte Dauer der Weiterbildungszeit lückenlos zu belegen.

2. Genehmigung zur Führung akademischer Grade ausländischer Hochschulen in der Bundesrepublik beifügen.

Hiermit erkläre ich, dass

1. ich bei keiner anderen Ärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag für dieses Gebiet gestellt habe, noch dass ein von mir gestellter Antrag abgewiesen bzw. ein Verfahren über einen Antrag in der Schwebe ist (evtl. nähere Angaben darüber, unter Beifügung der vorhandenen Unterlagen als Anlage),

2. ich bereits im Besitz der Anerkennung für das Gebiet _____
ausgestellt von der Ärztekammer _____
am _____ bin.

