

**Änderungsmeldung / Abmeldung**  
Bezirksärztekammer Pfalz, Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt  
Fax: 0 63 21/92 84 - 62

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
-------------	----------------	---------------------

**Betreffendes bitte ankreuzen**

**Änderung der Tätigkeit** (Weitere ärztliche Tätigkeiten bitte auf der Rückseite eintragen)

seit/ab  Weiterhin beim bisherigen Arbeitgeber

Dienstadresse

Bezeichnung der Dienststelle

Straße

Postleitzahl      Ort

ggf. Bezeichnung der Abteilung

ggf. Bezeichnung der Funktion

Telefon dienstl.

Fax dienstl.

Mobil dienstl.

E-Mail dienstl.

Vollzeit       Teilzeit      (Umfang)

**Ambulant/Praxis**

Niederlassung       Vertragsarzt       Angestellter Arzt in Praxis       Angestellter Arzt MVZ

**Krankenhaus-/Kliniktätigkeit**

Ltd. / Chefarzt       Oberarzt/Fkt.oberarzt       Ass. Arzt / Wiss. M       Gastarzt       Honorararzt

**Andere ärztliche Tätigkeit**

Sonstige ärztliche Tätigkeit als

**Ohne ärztliche Tätigkeit** seit

**Sofern Sie nach Beendigung Ihrer Tätigkeit in unserem Kammerbereich auch Ihre  
gesamte ärztliche Tätigkeit aufgeben und im Bereich der Bezirksärztekammer Pfalz wohnhaft sind,  
besteht für Sie die Möglichkeit einer freiwilligen Mitgliedschaft.**

Ich bin weder im Bereich der Bezirksärztekammer Pfalz, noch in einem anderen Kammerbereich ärztlich tätig, noch Pflichtmitglied einer anderen Ärztekammer im Bereich der Bundesrepublik Deutschland und beantrage hiermit die freiwillige Mitgliedschaft bei der Bezirksärztekammer Pfalz ab dem \_\_\_\_\_ (Datum)

Ich bin weder im Bereich der Bezirksärztekammer Pfalz, noch in einem anderen Kammerbereich ärztlich tätig. An einer freiwilligen Mitgliedschaft bei der Bezirksärztekammer Pfalz bin ich nicht interessiert.

**Änderung der Privatadresse**

seit/ab  Privatadresse unverändert

Straße

Postleitzahl      Ort

Telefon privat

Fax privat

Mobil privat

E-Mail privat

**Bei Faxrücksendung bitte Name nochmals in Druckbuchstaben**

Ort/Datum

.....  
Unterschrift

## Weitere ärztliche Tätigkeiten

seit/ab

Dienstadresse

Bezeichnung der Dienststelle

Straße

Postleitzahl      Ort

ggf. Bezeichnung der Abteilung

ggf. Bezeichnung der Funktion

Telefon dienstl.

Fax dienstl.

Mobil dienstl.

E-Mail dienstl.

Vollzeit       Teilzeit      (Umfang)

**Ambulant/Praxis**

Niederlassung       Vertragsarzt       Angestellter Arzt in Praxis       Angestellter Arzt MVZ

**Krankenhaus-/Kliniktätigkeit**

Ltd. / Chefarzt       Oberarzt/Fkt.oberarzt       Ass. Arzt / Wiss. M       Gastarzt       Honorararzt

**Andere ärztliche Tätigkeit**

Sonstige ärztliche Tätigkeit als

seit/ab

Dienstadresse

Bezeichnung der Dienststelle

Straße

Postleitzahl      Ort

ggf. Bezeichnung der Abteilung

ggf. Bezeichnung der Funktion

Telefon dienstl.

Fax dienstl.

Mobil dienstl.

E-Mail dienstl.

Vollzeit       Teilzeit      (Umfang)

**Ambulant/Praxis**

Niederlassung       Vertragsarzt       Angestellter Arzt in Praxis       Angestellter Arzt MVZ

**Krankenhaus-/Kliniktätigkeit**

Ltd. / Chefarzt       Oberarzt/Fkt.oberarzt       Ass. Arzt / Wiss. M       Gastarzt       Honorararzt

**Andere ärztliche Tätigkeit**

Sonstige ärztliche Tätigkeit als

# RÜCKANTWORT

## BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

### Weiterbildungsregister gem. § 3 Abs. 2 Ziffer 8 HeilBG

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Folgende Facharztbezeichnung wird angestrebt:

als Facharzt für: \_\_\_\_\_

Ó\* ā } Á^!Á ^ā |ää } \* Á { Đ~!Á È É&@: dD&@: ā K'

Sollten Sie während Ihrer Weiterbildungszeit die angestrebte Facharzttrichtung wechseln, so teilen Sie uns dies bitte mit.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_