

Änderungsmitteilung

senden an:

oder per Fax: 0391 – 6054 7000

Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Meldewesen
Postfach 1561
39005 Magdeburg

Name*: _____

Vorname*: _____

Geb.datum*: _____

Geb.ort*: _____

Mitgliedsnr.: _____

(soweit bekannt)

die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder

1. Anschriften

	<u>Dienstanschrift</u>	<u>Privatanschrift</u>
Änderung seit/ab:	_____	_____
Straße:	_____	_____
PLZ, Ort:	_____	_____
Name der Dienststelle:	_____	
Abteilung/Klinik:	_____	
Tel:	_____	_____
Email:	_____	_____

2. Ausübung der ärztlichen Tätigkeit

tätig als: _____ seit / ab: _____

Praxisform (bei Niederlassung): _____

Abrechnungs-Nr. KVSA: _ _ - _ _ - _ _ _ _

Mutterschutz/Elternzeit seit/ab: _____ vorauss. bis: _____

Bleibt der Arbeitsvertrag bestehen? ja nein

Ruhestand/Altersteilzeit seit/ab: _____

arbeitslos seit/ab: _____

3. Namensänderung (bitte Urkunde in Kopie beifügen)

vorher: _____ jetzt: _____

4. Sonstiges

Änderung seit/ab: _____

Bemerkungen: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____