

Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Meldestelle
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Ich habe ein
aktuelles Passfoto

- per E-Mail
gesendet.
- dem Umschlag
beigefügt.

Wichtig!
Wir benötigen:

- ein aktuelles Passfoto
(bitte nicht aufkleben oder mit
einer Büroklammer befestigen)
- max. Größe: 4 x 5,5 cm
- Auflösung: 300dpi
- digitaler Versand an:
meldestelle@aeksa.de

Antrag auf Ausstellung eines Arztausweises im Scheckkartenformat

Angaben zur Person

Mitgliedsnummer:
(falls vorhanden) _____

Geburtsdatum: _____

Titel:

(lt. Dt. Personalausweis*) _____

Name: _____

Vorname: _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich beantrage den Arztausweis als

Erstausweis

Folgeausweis für den bisherigen Arztausweis, ausgestellt von der
Ärztekammer _____ ggf. Ausweisnummer _____.

Grund:

Ablauf der Gültigkeit. Bisheriger Ausweis liegt bei bzw. wird nachgesendet.

Verlust/Diebstahl am _____.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten durch die Ärztekammer Sachsen-Anhalt einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

* Der Vorstand hat in seiner 24. Sitzung am 10.07.2013 beschlossen, dass auf dem Arztausweis der Titel entsprechend Passgesetz bzw. Personalausweisgesetz ausgewiesen wird.