

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

Fax: (03 91) 60 54-77 50

Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Adresse: _____

Widerspruchserklärung

Hiermit widerspreche ich der Veröffentlichung meiner Daten in der o.g. Gutachterliste unter www.aeksa.de.

Datum

Unterschrift