

Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Mittlere Bleiche 40, 55116 Mainz
Fax: 06131-28822-8620 - E-Mail: siegfried@laek-rlp.de



Persönliche Daten (Bitte in Großbuchstaben ausfüllen)

Name *

Vorname(n) *

Geburtsname

Geburtsdatum *

Geburtsort *

Geburtsland

Geschlecht *: männlich

weiblich

Staatsangehörigkeit: _____

Privatadresse

Straße und Nr. *

Postleitzahl *

Ort *

Telefon priv.

Fax priv.

Mobil priv.

E-Mail priv.

Beginn des PJ am * _____

Ende des PJ am * _____

Name des Lehrkrankenhauses *: _____

Ort *: _____

Post der Ärztekammer sowie Versand der Ärzteblätter wünsche ich an meine

Privatanschrift

oder

Abweichende Anschrift:

Straße

Postleitzahl

Ort

Weitergabe von Adressdaten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Anschrift weitergegeben wird für

→ den Bezug des Ärzteblattes Rheinland-Pfalz/ Deutsches Ärzteblatt

ja nein

→ Einladungen zu Fortbildungsveranstaltung an die Veranstalter

ja nein

Meinen Abschluss des Praktischen Jahres und Erteilung der Approbation teile ich der Landesärztekammer unverzüglich mit.

Ort/ Datum

Unterschrift

Aus organisatorischen Gründen erfolgt die Verwaltung der Adressdaten, gem. der gültigen Hauptsatzung der Landesärztekammer, durch die Bezirksärztekammer Rheinhessen (Mittlere Bleiche 40, 55116 Mainz)

* Pflichtfeld

(I)