

# Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Deutschhausplatz 3, 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 (117er Ehrenhof 3a, 55118 Mainz)

\* Pflichtfeld

(I)