

Bitte zurücksenden an:



Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband München
Elsenheimerstraße 65
80687 München

Für E-Mail Formular
herunterladen, ausfüllen und
auf E-Mail Versand klicken

Änderungsanzeige
(Bitte leserlich ausfüllen)

Titel _____

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Änderung der Dienststelle ab/seit _____

Dienststelle
(vollständige Adresse) _____

(Bitte mit Tel., E-Mail)

Änderung der Tätigkeitsart

ab/seit _____ tätig als _____

Elternzeit von/bis: _____ (wenn Arbeitsvertrag weiter besteht)

Ich übe derzeit **keine ärztliche** Tätigkeit aus, seit: _____
(Beachten Sie hierzu § 2, Abs. 2, der Beitragsordnung / www.aekbv.de)

Ich habe meine Niederlassung beendet seit: _____
Die Patientenakten werden verwahrt bei:

(vollständige Adresse)

Änderung der Privatadresse ab/seit _____

Straße/ Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail / Tel. _____

Datum, Unterschrift

Hinweis: Die Änderung Ihrer Daten geben wir an die Bayerische Landesärztekammer weiter.