

**Bescheinigung über die Mitgliedschaft**

**bei der Landesärztekammer** \_\_\_\_\_

Zwecks Verwendung zum Bezug von Impfstoffen für die Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bescheinigen wir

\_\_\_\_\_  
(Titel, Vorname, Nachname),

\_\_\_\_\_  
(Praxisanschrift),

auch unter Bezugnahme auf ihre/seine Selbsterklärung vom \_\_\_\_\_ 2021,  
dass sie/er als privatärztlich tätiges Pflichtmitglied bei der  
Landesärztekammer \_\_\_\_\_ gemeldet ist.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift, Stempel)