

Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz

Fax: 06131-28822-88 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

(!)