

Änderungsmitteilung

Telefon: 0355 78010 0
Telefax: 0355 78010 279
E-Mail: meldewesen@laekb.de
<http://www.laekb.de>

Landesärztekammer Brandenburg
Geschäftsstelle Cottbus
Meldewesen
Postfach 10 14 45
03014 Cottbus

Name:	_____
Vorname:	_____
Registrier-Nr.:	_____

Bitte korrigieren bzw. ergänzen Sie die unten genannten Angaben. Die Angaben zur privaten Telefon-/Fax- und Mobilfunknummer sowie zur E-Mail-Adresse sind freiwillig.

1 Privatanschrift

Strasse, Nr. : _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Telefax: _____ E-Mail: _____

2 Anstellung im Krankenhaus, Praxis, bei Behörden u. s. w.

Dienstbezeichnung: _____ seit: _____
Name der Einrichtung: _____

Strasse, Nr. : _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Telefax: _____ E-Mail: _____

3 Angaben zur Niederlassung

Niederlassung seit: _____ Praxisform: _____

Bitte eine Kopie der Niederlassungsgenehmigung beilegen.

Strasse, Nr. : _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Telefax: _____ E-Mail: _____

4 Ohne ärztliche Tätigkeit

im Ruhe-/Vorruhestand seit: _____
arbeitslos seit: _____
Mutterschutz, Elternzeit seit: _____ Bleibt Arbeitsvertrag bestehen? ja nein
voraussichtlich bis: _____

Sonstiges _____ seit: _____

Ort Datum Unterschrift und Stempel
Informationen zur Datenverarbeitung der Landesärztekammer Brandenburg finden Sie unter: <https://www.laekb.de/datenschutzinformation>. Auf Anfrage senden wir Ihnen diese gern auch postalisch zu.