



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