



Mitteilung an den Ärztlichen Bezirksverband Mittelfranken per Fax 0911/ 27749920 oder per Post an Fürther Str. 115, 90429 Nürnberg

Mitgliedsnummer

falls bekannt

--	--	--	--	--	--

Abmeldung

Gemäß der Berufsordnung für Ärzte in Bayern sind Sie verpflichtet, Veränderungen Ihres Arbeitsverhältnisses (- auch Wohnortwechsel -falls Sie nichtärztlich tätig sind-) Ihrem zuständigen Bezirksverband zu melden.

Titel /Name *

Vorname *

Geburtsdatum *

Straße und Hausnummer *

PLZ und Wohnort *

Ende der Tätigkeit
im Bereich des
Ärztlichen
Bezirksverbandes:

--	--	--	--	--	--

ab/seit Datum *

Raum für Notizen:

Neue Dienstadresse:

--	--	--	--	--	--

ab/seit Datum *

Einrichtung Klinik/Institut *

ab/seit Datum *

--	--	--	--	--	--

In Funktion als angestellt selbstständig *

Straße *

Abteilung *

PLZ, Ort *

Straße *

PLZ, Ort *

E-mail-Adresse *

Um eine ordnungsgemäße Abmeldung durchführen zu können, bitten wir Sie die mit * gekennzeichneten Felder auszufüllen.

Nürnberg, den

_____ Datum

_____ Unterschrift