

Ärztékammer
Mecklenburg-Vorpommern
-Meldewesen-
August-Bebel-StraÙe 9 a
18055 Rostock

bitte nicht ausfüllen

Arztausweis-Nr.:

Ausstellungsdatum:

gültig bis:

Antrag auf Ausstellung eines Arztausweises

Name:		
Vorname:		
Titel:	Geburtsdatum:	Staatsangehörigkeit:
Privatanschrift:		Telefon: E-Mail-Adresse:
Dienstanschrift:		Telefon: E-Mail-Adresse:

Ich habe beigefügt:

- 1 aktuelles Passbild den bisherigen Arztausweis
- Kopie Ihres Personalausweises / Reisepasses

Ich versichere, dass

- ich bisher noch keinen Arztausweis erhalten habe.
- ich den Arztausweis, ausgestellt von der Ärztekammer verloren habe.
(für eine Zweitschrift wird die Gebühr von 25,-€ erhoben!)

Ich beantrage

- den Ausweis im Scheckkartenformat.

Ort, Datum

Unterschrift