

Ärztchammer
 Mecklenburg-Vorpommern
 -Meldewesen-
 August-Bebel-Straße 9 a
 18055 Rostock

bitte nicht ausfüllen
Arzttausweis-Nr.:
Ausstellungsdatum:
gültig bis:

Antrag auf Ausstellung eines Arzttausweises

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

Ich habe beigefügt:

- 1 aktuelles Passbild den bisherigen Arzttausweis Mecklenburg-Vorpommern
 (für eine Zweitschrift wird eine Gebühr in Höhe von 25,-€ erhoben)
- Kopie Ihres Personalausweises /Reisepasses

Ich versichere, dass

- ich bisher noch keinen Arzttausweis erhalten habe.
- ich den Arzttausweis, ausgestellt von der Ärztekammer verloren habe.

 Ort, Datum

 Unterschrift