



Sächsische Landesärztekammer
Referat Berufsregister
PF 10 04 65
01074 Dresden

Antrag zum Arztausweis als Sichtausweis im Scheckkartenformat

Name: _____ Vorname: _____ akad. Grad/Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Mitgliedsnummer SLÄK _____

Anschrift: _____

zu einem früheren Zeitpunkt ausgestellter Ausweis vorhanden:

ja nein

ausgestellt von der
Ärztekammer: _____

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift/Stempel

**Diesen Antrag bitte im Briefumschlag mit einem Passbild (Hochformat 3:4) an die
Sächsische Landesärztekammer senden.**

Unsere Besucheradresse lautet:
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Tel.: 0351-8267 360