

- Antrag zum Arztausweis –

Name:

Vorname:

akad. Grad/Titel:

Geburtsdatum:

Arztnummer

Anschrift:

zu einem früheren Zeitpunkt ausgestellter Ausweis vorhanden:

ja

nein

ausgestellt von der Ärztekammer: _____

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift/Stempel

Im Briefumschlag mit **zwei aktuellen Passbildern** bitte an die

Sächsische Landesärztekammer
Postfach 10 04 65
01074 Dresden

senden.

Unsere Besucheradresse lautet:
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Tel.: 03 51-8267 360