



Meldung/Anzeige einer privatärztlichen Niederlassung

(Änderungsmeldung für Mitglieder der Ärztekammer Schleswig-Holstein)

Akad. Grad:	<input type="text"/>
Nachname:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>

Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit (§ 17 Abs. 5 Berufsordnung):

Adresszusatz:	<input type="text"/>
Straße und Hausnr.:	<input type="text"/>
Postleitzahl:	<input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>

(weitere) Kontaktdaten:

E-Mail:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>

Voraussichtlicher zeitlicher Umfang der Tätigkeit: Stunden je Woche

Ein Nachweis über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung (§ 30 Nr. 6 HBKG) ist beigefügt.

(Ort, Datum, Unterschrift)