

Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft
hier: Erklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte ab *(bitte genaues Datum angeben)*

freiwilliges Mitglied beim Ärztlichen Kreisverband

und somit auch bei der Bayerischen Landesärztekammer werden.

Die Adresse meines **Hauptwohnsitzes** lautet:

Meine **Dienstadresse** lautet:

.....
Name der Ärztin / des Arztes

.....
Datum und Unterschrift

Bitte füllen Sie das Formblatt in Druckbuchstaben aus !