

Landesärztekammer Thüringen
Abteilung Meldewesen
Postfach 100740
07707 Jena

MGLNR: _____

oder per Fax an: 03641 614138

Änderungsmeldung zur Aktualisierung - Abmeldung

Titel, Vorname, Name: _____

Privat- bzw. Postanschrift bisher

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Privat- bzw. Postanschrift neu ab/seit dem _____ (unbedingt angeben)

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Angaben zur Tätigkeit

Tätigkeit in Thüringen wurde beendet am:.....

Arbeitslosigkeit ab/seit dem _____ (unbedingt angeben)

Sonstiges ab/seit dem _____ (unbedingt angeben)

Dienstanschrift neu ab:

Angestelltenverhältnis Vertragsärztliche Niederlassung Privatärztliche Niederlassung

Einrichtung: _____

Abteilung: _____

Dienststellung: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Datum: _____ Unterschrift _____