

Landesärztekammer Thüringen  
Abteilung Meldewesen  
Postfach 100740  
07707 Jena

MGLNR: \_\_\_\_\_

oder per Fax an **03641 614-138**

### **Änderungsmeldung zur Aktualisierung wegen neuer Postanschrift**

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_

#### **Privat- bzw. Postanschrift bisher**

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Privat- bzw. Postanschrift neu** ab/seit dem \_\_\_\_\_ (unbedingt angeben)

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

#### **Angaben zur aktuellen Tätigkeit**

Dienstanschrift ab/seit dem \_\_\_\_\_ (unbedingt angeben)

Angestelltenverhältnis       Vertragsärztliche Niederlassung       Privatärztliche Niederlassung

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Tätigkeit als:** \_\_\_\_\_

**Zeitlicher Umfang:**       **Vollzeit**       **Teilzeit** \_\_\_\_\_ **Stunden/ Woche**

**Sonstiges** ab/seit dem \_\_\_\_\_ (unbedingt angeben)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_