

Landesärztekammer Thüringen
Abteilung Meldewesen
Postfach 100740
07707 Jena

MGLNR:

oder per Fax an **03641 614-138**
per Mail an **meldewesen@laek-thueringen.de**

**Änderungsmeldung für Abmeldung ins Ausland (oder)
für eine evtl. freiwillige Mitgliedschaft**

Titel, Vorname, Name:

Post- bzw. Kontaktanschrift in Deutschland

ab/seit dem

(unbedingt angeben)

Straße, Nr.:

E-Mail:

PLZ, Ort:

Telefon:

Ärzteblätter an o.g. Kontaktanschrift
(Versand nur innerhalb von Deutschland möglich)

☐ gewünscht *

☐ nicht gewünscht *

*(zutreffendes bitte ankreuzen)

Bisherige Dienstanschrift bis:

Privat- bzw. Postanschrift neu ab:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Angaben zur neuen Tätigkeit

Dienstanschrift

ab/seit dem

(unbedingt angeben)

Einrichtung:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

**Fortführung der bisherigen Pflichtmitgliedschaft als freiwillige (beitragspflichtige)
Kammermitgliedschaft**

☐ wird gewünscht * ab:

☐ wird nicht gewünscht *

*(zutreffendes bitte ankreuzen)

Datum:

Unterschrift