

Ärztchammer Salzburg
Standesführung
Faberstraße 10
5020 Salzburg

FAX 0662 871327 10

VERLUST ÄRZTEAUSWEIS

Name des Ausweisinhabers: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ich teile mit, dass mein Ärzteausweis in Verlust geraten ist. In der Anlage übersende ich Ihnen eine amtliche Bestätigung über die Verlustmeldung.

Sollte der Ärzteausweis wieder in meinem Besitz gelangen, so werde ich umgehend die Ärztekammer für Salzburg verständigen und den Ärzteausweis zurückgeben.

Ich ersuche um Neuausstellung eines Ärzteausweises.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Anlage:
Datenblatt zu Bestellung eines Ärzteausweises
Amtliche Verlustmeldung