

VERSORGUNGSEINRICHTUNG

der Bezirksärztekammer Trier

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

Schönbornstraße 10, 54295 Trier

Telefon 0651 - 170886-0 Fax 0651 - 170886-66

info@ve-trier.de



Änderungsmitteilung zur Berufstätigkeit

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Mitgliedsnr.: _____

Ich bin seit/ab _____

- angestellter Arzt bei _____
- niedergelassener Arzt
- freiberuflich tätig (z.B. Honorararzt)
- ausschließlich im Ausland ärztlich tätig: _____ (Land)
- ohne ärztliche Tätigkeit
- arbeitslos gemeldet
 - mit Leistungsbezug seit/ab _____
- arbeitsunfähig krank, Lohnfortzahlung bis _____

Ich war von _____ bis _____

- angestellter Arzt bei _____
- niedergelassener Arzt
- freiberuflich tätig (z.B. Honorararzt)
- ohne ärztliche Tätigkeit
- arbeitslos gemeldet
 - mit Leistungsbezug seit/ab _____
- arbeitsunfähig krank, Lohnfortzahlung bis _____

Sonstiges: _____

Hinweis gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Die Datenschutzhinweise habe ich bereits zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift