

Ärztchammer Salzburg
Standesführung
Faberstraße 10
5020 Salzburg

FAX 0662 871327 10

ÄRZTEAUSWEIS

Name des Karteninhabers:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich teile mit, dass mein Ärzteausweis stark beschädigt ist und ich daher eine Neuausstellung wünsche. In der Anlage übersende ich das Bestellformular.

Nachdem Ihr beschädigter Ärzteausweis bei uns eingelangt ist, wird Ihnen der neue Ärzteausweis umgehend zugesandt.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Anlage:
Datenblatt zur Bestellung eines Ärzteausweises