

# Abmeldungsbogen

## Persönliche Angaben

Geburtsdatum

Familienname

Vorname

Abgangsdatum

Abgangsziel   
(neue Ärztekammer / Ausland)

## Privatanschrift

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Gültig ab/seit

## Neue Haupttätigkeit

Bitte lückenlos Tätigkeit nach Beendigung der Mitgliedschaft im Bereich von Niedersachsen angeben!

Beendigungsdatum der Tätigkeit in Niedersachsen

Dienststelle neu

Ab/seit  Std./Woche

Dienstanschrift

Tätig als  Fachgebiet

Ggf. ohne ärztl. Tätigkeit von  bis

**Weitere Tätigkeit im Kammerbereich Niedersachsen bitte auf der Rückseite angeben.**

Ort, Datum

Unterschrift

**Ärztekammer Niedersachsen  
Referat Meldewesen  
Berliner Allee 20  
30175 Hannover**

**Ggf. weitere Tätigkeit im Kammerbereich Niedersachsen**

Bitte geben Sie lückenlos Ihre Tätigkeit im Bereich von Niedersachsen an, falls Sie eine solche weiterhin ausüben!

Dienststelle											
Ab/seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Std./Woche
Dienstanschrift											
Tätig als						Fachgebiet					

**Haftpflichtversicherung (§ 33 Abs. 1 HKG und § 21 Berufsordnung ÄKN) für die Tätigkeit in Niedersachsen**

- Ich füge einen Nachweis über eine gültige Haftpflichtversicherung bei (Versicherungsschein)
- Ich bin über meinen Arbeitgeber Haftpflicht versichert; ich füge einen Nachweis bei
- Es besteht nach den Grundsätzen der Amtshaftung eine Freistellung