



# Ärztlicher Kreisverband Erlangen

Körperschaft öffentlichen Rechts

\*wird vom Ärztl. Bezirksverband ausgefüllt

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ausweisnummer \*

Ärztlicher Bezirksverband Mittelfranken  
Postfach 1032

90001 Nürnberg

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 bis 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Gültig von — bis\*

\*wird vom Ärztl. Bezirksverband ausgefüllt

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Mitgliedsnummer, soweit bekannt

## Antrag / Arztausweis

Bitte zusammen mit einer **Kopie Ihres Personalausweises** und **2 gleichen Passfotos** (Standardgröße ca. H 45 mm x B 35 mm) beim Ärztlichen Kreisverband abgeben oder an den Ärztlichen Bezirksverband Mittelfranken senden. Für den Postversand ist die Adresse bereits oben aufgedruckt. Der Arztausweis wird beim Ärztlichen Bezirksverband gefertigt und Ihnen nach Fertigstellung zugesandt.

**Name:**

**Vorname:**

**Titel:**

**Privatadresse:**

**Straße:**

**PLZ, Ort:**

**Geboren am:**

**Telefon:**

**Telefonnummer oder  
Email-Adresse für evtl. Rückfragen:**

Ich beantrage einen Arztausweis.

Datum

Unterschrift

**Bitte  
2  
Passfotos,  
etwa in dieser  
Größe  
beilegen**

Ärztlicher Kreisverband Erlangen

Öffnungszeiten der Geschäftsstelle: Montag von 16.00 -18.00 Uhr oder Mittwoch von 14.00 - 18.00 Uhr

1. Vorsitzender Dr. med. Florian Schuch

2. Vorsitzender Prof. Dr. med. Ignaz Schneider

Bauhofstraße 6 ♦ 91052 Erlangen ♦ Telefon 24909 ♦ Fax 21015 ♦ e-mail: kontakt@aekv-erlangen.de