

Landesärztekammer Thüringen  
Abteilung Meldewesen  
Postfach 100740  
07707 Jena

MGLNR: \_\_\_\_\_

**per Fax an: 03641 614138**  
**per E-Mail: meldewesen@laek-thueringen.de**

### **Änderungsmeldung zur Aktualisierung - Abmeldung**

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_

*Privat- bzw. Postanschrift bisher*

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Privat- bzw. Postanschrift neu** ab/seit dem \_\_\_\_\_ (unbedingt angeben)

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

#### **Angaben zur Tätigkeit**

*Tätigkeit in Thüringen wurde beendet am:*.....

**Arbeitslosigkeit** ab/seit dem \_\_\_\_\_ (unbedingt angeben)

**Sonstiges** ab/seit dem \_\_\_\_\_ (unbedingt angeben)

**Dienstanschrift neu ab:** .....

Angestelltenverhältnis       Vertragsärztliche Niederlassung       Privatärztliche Niederlassung

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Dienststellung: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_