

Bitte nur bei Änderung unterschrieben an uns senden
mit der Beitragspost, per E-Mail, per Fax oder
vorzugsweise online über das Mitglieder-Portal

Name, Vorname: ,

Arzt-Nr.:

Geb.-Datum:

Sächsische Landesärztekammer
Berufsregister
Postfach 10 04 65
01074 Dresden

E-Mail: zustimmung@slaek.de
Fax: 0351 8267 347

Ich möchte ab sofort folgende persönliche E-Mail-Adresse verwenden:

Persönliche E-Mail-Adresse (gilt bis auf Widerruf)

E-Mail:

Ich bevollmächtige die Sächsische Landesärztekammer die E-Mail-Adresse für die Erfüllung satzungsgemäßer Aufgaben zu verwenden. Die E-Mail-Adresse kann auch durch die Kreisärztekammern und die Sächsische Ärzteversorgung verwendet werden.

Ich habe keine persönliche E-Mail-Adresse.

Mir ist bekannt, dass Änderungen der persönlichen E-Mail-Adresse gemäß Meldeordnung innerhalb eines Monats an das Berufsregister zu melden sind. Die Änderungsmeldungen können per Post, per E-Mail, Fax, aber auch über das Mitglieder-Portal erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift
