

Antrag auf Mitgliedschaft in der Integrationsliste-Saar

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Integrationsliste-Saar.

Ich möchte mich

aktiv

passiv

in die Berufspolitik einbringen (Bitte ankreuzen).

Ich bin mit der Aufnahme in den Emailverteiler einverstanden.

Name

Vorname

Praxisanschrift/BSNR/Anschrift der Dienststelle/Privatanschrift

Mitgliedsnummer der Ärztekammer des Saarlandes / Arztverzeichnis

Email

Datum

Unterschrift (Bitte mit Vornamen und Familiennamen)

Bitte **im Original** zurücksenden an:

Dr. Karl-Michael Müller
Bahnhofstrasse 7
66287 Quierschied