

Name:

Anschrift:

.....

An die
Ärztchammer für Kärnten
Ärztchservice
St. Veiter Straße 34
9020 Klagenfurt

Betrifft: ***Meldung über nebenberufliche Tätigkeit***

Angestellt bei:

.....

.....

nebenberuflich tätig:

.....

.....

begonnen mit:

beendet mit:

.....

(Unterschrift)