

Hier **2 Passfotos**  
(mit Namen hinten  
versehen) beifügen.

**Ausweisnummer\*:**

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

**Ausstellungsdatum\*:**

von.....bis.....

\*wird vom Ärztlichen Kreisverband Südfranken ausgefüllt

## **Antrag für einen Arztausweis**

**Senden Sie bitte den Antrag, 2 aktuelle Passbilder und eine Kopie Ihres gültigen Personalausweises (Vorder- und Rückseite),**

**an den Ärztlichen Kreisverband Südfranken, Nürnberger Str. 70, 91126 Schwabach**

**Mitgliedsnummer:**

(So weit bekannt)

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

**Nachname:**

(ggf. mit Titel)

**Vorname:**

(Rufname unterstreichen)

**Geburtsdatum:**

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

Ich beantrage die Ausstellung eines Arztausweises.

Bitte senden Sie den Arztausweis an folgende Adresse:

Straße:

PLZ und  
Ort:

|  |
|--|
|  |
|  |

Ort/Datum

Unterschrift

Ärztlicher Kreisverband Südfranken

1. Vorsitzender Dr. med. Wilhelm Wechsler

Nürnberger Str. 70 • 91126 Schwabach • Telefon 09122-937000 • Fax 09122-937002 •

e-mail: aekv.suedfranken@t-online.de