

Bitte zurücksenden an
Ärztammer Nordrhein
Meldewesen
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
E-Mail: meldewesen@aejno.de
Fax: 0211 / 4302 2449

Selbstauskunft zur privatärztlichen Praxistätigkeit

Ich, _____
(Titel, Vorname, Nachname)

(Praxisanschrift)

bitte die Ärztkammer Nordrhein um Bestätigung meiner gemeldeten privatärztlichen Praxistätigkeit.

Diese Bestätigung soll dem Nachweis meiner Tätigkeit als Voraussetzung für die Beantragung der SMC-B dienen.

Ich versichere, dass ich

in meiner privatärztlichen Berufsausübung einen regelhaften Praxisbetrieb aufrecht erhalte,

über eine Berufshaftpflichtversicherung in angemessenem Umfang gemäß meiner berufsrechtlichen Pflichten verfüge und

nicht als Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt zugelassen bin.

Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Datum Unterschrift Praxisstempel