

Anfrage Ausstellung einer Bescheinigung ausländischer ärztlicher Tätigkeiten für eine tarifliche Fragestellung

Hinweis: Die Beantragung ist auch mit qualifizierter elektronischer Signatur an die E-Mail Adresse eZugang@aekb.de möglich.

Aktenzeichen: (falls bereits bekannt oder wird durch die Ärztekammer Berlin ausgefüllt)
Angaben Antragsteller:in Titel, Vorname, Name und Anschrift Antragsteller:in _____ _____ _____
Anlagen zu dieser Anfrage Bitte fügen Sie diesem Antrag folgende Unterlagen bei: <ul style="list-style-type: none">• Ausführliche/s Arbeitszeugnis/se der im Ausland geleisteten ärztlichen Tätigkeit/en im Original und eine amtlich beglaubigte Übersetzung in deutscher Sprache• Kopie des gültigen Personaldokuments (Personalausweis, Reisepass etc.)• tabellarische Aufstellung über die ärztliche Grundausbildung, absolvierte Weiterbildungszeiten sowie über die bisherige Berufspraxis (Lebenslauf) (Für den Fall, dass Sie derzeit kein Mitglied der Ärztekammer Berlin sind, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass für die Ausstellung der Bescheinigung eine Kammermitgliedschaft bei der Ärztekammer Berlin erforderlich ist. Bitte kontaktieren Sie hierzu die Abteilung 3.)
Hiermit erkläre ich, dass <input type="checkbox"/> mir bekannt ist, dass für die Ausstellung einer Bestätigung ärztlicher Tätigkeit für die tarifliche Eingruppierung entsprechend der Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin eine Gebühr in Höhe von 60,00 Euro anfällt. Den Gebührenbescheid erhalte ich per Post. <input type="checkbox"/> ich mit der Verarbeitung der von mir übermittelten Daten durch die Ärztekammer Berlin einverstanden bin. Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Auflistung der ärztlichen Tätigkeiten im Ausland

Bitte verwenden Sie ggf. (eine) weitere Seite(n)

Name Antragsteller:in: _____

Seite: _____

Tätigkeitsabschnitt (lfd. Nr.) _____

Zeitraum: von _____ bis _____ Teilzeit (in Prozent): _____

Abteilung: _____
Name des Krankenhauses/
der Einrichtung: _____

Stadt und Land _____

Tätigkeitsabschnitt (lfd. Nr.) _____

Zeitraum: von _____ bis _____ Teilzeit (in Prozent): _____

Abteilung: _____
Name des Krankenhauses/
der Einrichtung: _____

Stadt und Land _____

Tätigkeitsabschnitt (lfd. Nr.) _____

Zeitraum: von _____ bis _____ Teilzeit (in Prozent): _____

Abteilung: _____
Name des Krankenhauses/
der Einrichtung: _____

Stadt und Land _____

Name Antragsteller: _____

Seite: _____

<u>Tätigkeitsabschnitt (lfd. Nr.)</u> _____	
Zeitraum: von _____ bis _____	Teilzeit (in Prozent): _____
Abteilung: Name des Krankenhauses/ der Einrichtung:	_____ _____ _____
Stadt und Land	_____

<u>Tätigkeitsabschnitt (lfd. Nr.)</u> _____	
Zeitraum: von _____ bis _____	Teilzeit (in Prozent): _____
Abteilung: Name des Krankenhauses/ der Einrichtung:	_____ _____ _____
Stadt und Land	_____

<u>Tätigkeitsabschnitt (lfd. Nr.)</u> _____	
Zeitraum: von _____ bis _____	Teilzeit (in Prozent): _____
Abteilung: Name des Krankenhauses/ der Einrichtung:	_____ _____ _____
Stadt und Land	_____