



An die Bezirksärztekammer Rheinhessen
Beitragsabteilung
Mittlere Bleiche 40
55116 Mainz

Fax 06131 / 3869-8655

E-Mail:
beitrag@aerztekammer-mainz.de

**Einverständnis zur Weitergabe meiner Daten zur Berechnung des Kammerbeitrags von der
Bezirksärztekammer Rheinhessen an die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz**

Ich bin, bis zum Widerruf, mit der Weitergabe meiner zur Berechnung des Beitrags gegenüber der
Bezirksärztekammer Rheinhessen erklärten Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit an die
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz zur dortigen Erstellung des Beitragsbescheides einverstanden.

Dieses Einverständnis kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Name, Vorname: _____

MNR: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum

Unterschrift