

An den
Ärztlichen Kreisverband Mittelschwaben
Weihermähd 17
89250 Senden
FAX: 07307/956154

Anzeige über den Verlust eines Arztausweises

(bitte in Schreibmaschine oder Blockschrift ausfüllen)

Ausweis-Nr.

Ausstellende Kammer/Verband:

Familienname, Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Wohnort:

Ausstellungsdatum und Ausweisnummer:

Anlass der Anzeige:

- Diebstahl
 verloren
 sonst abhanden gekommen
-

Zeitpunkt des Abhandenkommens:

Ort des Abhandenkommens:

Der Ausweis ist unter folgenden Umständen abhanden gekommen:

Versicherung des Betroffenen:

Ich versichere, dass die obigen Angaben über den Verlust meines Ausweises richtig und vollständig sind.

Ich bin darüber unterrichtet,

- dass ich den Verlust meines Ausweises für den Erwerb eines neuen Ausweises anzuzeigen und glaubhaft zu machen habe;
- dass ich den Ausweis zurückgeben muss, wenn er aufgefunden wird;
- dass ich mich strafbar bzw. einer Ordnungswidrigkeit schuldig mache, wenn ich mir unbefugt mehrere Ausweise ausstellen lasse oder benutze, oder wenn ich meinen Ausweis einem anderen zur Täuschung im Rechtsverkehr überlasse, oder wenn ich die Ausstellung eines neuen Ausweises durch falsche Angaben erwirke. (§§ 271,281 StGB, § 12 Abs. 1 Nr. 4 PassG).

Ort, Datum

Unterschrift