

# Arztausweis

PHYSICIAN IDENTITY CARD  
CARTE D'IDENTITÉ DE MÉDECIN  
CARNET DE MÉDICO  
УДОСТОВЕРЕНИЕ ВРАЧА



**Ärztekammer Nordrhein**

NAME SURNAME NOM APELLIDO ФАМИЛИЯ

**Dr. med. Apfeld**

VORNAMEN GIVEN NAMES PRÉNOMS NOMBRE ИМЯ

**Annette**

**GÜLTIG BIS  
25.11.2020**



802760519458375



DIE INHABERIN / DER INHABER DIESES AUSWEISES IST ÄRZTIN / ARZT - THE HOLDER OF THIS CARD IS A PHYSICIAN -  
LE TITULAIRE DE CETTE CARTE EST MEDECIN - EL TITULAR DE ESTE CARNET ES MÉDICO -  
ВЛАДЕЛЕЦ ЭТОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРАЧ

EIGENHÄNDIGE UNTERSCHRIFT

DIESE KARTE BLEIBT EIGENTUM DER HERAUSGEBEN-  
DEN ÄRZTEKAMMER UND IST AUF VERLANGEN  
ZURÜCKZUGEBEN. DIE INHABERIN / DER INHABER  
DES AUSWEISES MUSS SICH GGF. DURCH VORLAGE  
EINES GÜLTIGEN AMTLICHEN LICHTBILDAUSWEISES  
IDENTIFIZIEREN. FALLS GEFUNDEN, BITTE ZURÜCK AN:  
**ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf**

AUSWEISNUMMER



80276001088000051086

