

Arztausweis

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



Ärztekammer Berlin

NAME SURNAME NOM APELLIDO ФАМИЛИЯ

Dr. med. Ey

VORNAMEN GIVEN NAMES PRÉNOMS NOMBRE ИМЯ

David Alexander

GÜLTIG BIS

12.10.2023

EFN



802760300282885



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:
ÄRZTEKAMMER BERLIN, FRIEDRICHSTRASSE 16,
10969 BERLIN

AUSWEISNUMMER



80276001086117036455