



## Rückantwort

Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen  
Erweiterter Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen  
Schwachhauser Heerstr. 26/28  
28209 Bremen

FAX-Nr. 0421 3404-348

Bewerbung als Mitglied/stellvertretendes Mitglied des  
Landesausschusses/Erweiterten Landesausschusses Ärzte/Krankenkassen  
ab dem 01.01.2021 bis 31.12.2024

Name: \_\_\_\_\_

Für eine Tätigkeit stehe ich zur Verfügung.

- als festes Mitglied
- als stellvertretendes Mitglied
- als Mitglied oder stellvertretendes Mitglied.

Bremen/Bremerhaven, den .....

-----  
Unterschrift

-----  
Absender/Stempel