

An den  
Deutschen Anwaltverein e. V.  
- ARGE Medizinrecht -  
Littenstr. 11  
10179 Berlin  
per Fax: 0 30 / 72 61 52 190

Kanzleistempel

**Änderungsmitteilung  
über die Mitgliedschaft in den Arbeitsgruppen  
der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht**

---

(Name) (Vorname)

---

(Kanzleiname)

---

(Kanzleianschrift: Straße, PLZ, Ort)

---

(Telefon) (Telefax)

---

(E-Mail-Adresse) (Homepage-Domain)

Ich möchte folgender Arbeitsgruppe der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein angehören **(Bitte maximal 3 Arbeitsgruppen ankreuzen!)**.

- Arzthaftungsrecht
- Arzneimittel-/Medizinprodukte-/Apothekenrecht
- Berufsrecht
- Digital Health
- Krankenhausrecht
- Leistungs- und Vergütungsrecht
- Medizinstrafrecht
- Vertragsarztrecht
- Vertragsgestaltung

---

(Ort) (Datum) (Unterschrift)