

## Anfrageformular - Rechtsschutzversicherung für Mitglieder der Ärztekammer für Wien

Nachname ..... Vorname .....

Titel ..... Geb.Dat. ....  w  m  
(TT MM JJJJ)

Fachrichtung .....

Adresse .....  
(Ordinationsadresse bzw. falls keine Ordination besteht, dann Angabe der Privatadresse)

E-Mail .....

Telefon ..... Fax .....

Ich habe eine private Rechtsschutzvers. ....  
Versicherer

Ich habe eine Ärzte- Rechtsschutzvers. ....  
Versicherer

### Berufliche Tätigkeiten (gegebenenfalls bitte mehrfache Angaben machen)

Ärztin/Arzt in Ausbildung .....  
voraussichtliches Ende der Ausbildung

Angestellte(r) Ärztin/Arzt  
 nebenberufl. Tätigkeit (nicht - medizinische Tätigkeit, wie z.B. Verkauf von Kontaktlinsen) Umsatz ca. EUR ..... pro Jahr

medizin. nebenberufl. Tätigkeit (z.B. 5 Std. Wahlarzt) Umsatz ca. EUR ..... pro Jahr

niedergelassene(r) Ärztin/Arzt Anzahl Beschäftigte .....

eigene Praxis

Gemeinschaftspraxis

nebenberufl. Tätigkeit (z.B. Handel mit medizinnahen Produkten, Hausapotheke, Gutachten) Umsatz ca. EUR ..... pro Jahr

### So kommen Sie zu weiteren Informationen bzw. zu einem Beratungstermin

Senden Sie Ihre Anfrage

per Post benefit consulting gmbh, 1060 Wien, Mariahilfer Straße 55/9

per Fax (01) 532 56 66 – 22

per E-Mail spezialprodukte@benefit.at

**Wunschtermin für eine Beratung** am ..... um .....Uhr