

NIEDERLASSUNGS-ABMELDUNG

Arzt-Nr.: W -

An die
 Ärztekammer für Wien
 Standesführung

.....
 (Tit., Nachname, Vorname)

Weihburggasse 10-12
 1010 W i e n

.....
 (Privatadresse)

.....
 (Private Telefonnummer)

Betrifft: **ABMELDUNG** per (genaues Datum)

== == == == == == == == == == == == == == == == == == == :

Erstpraxis Zweitpraxis Doppelfach auf gleicher Adresse Gruppenpraxis

PRAXISADRESSE: Wien,

== == == ==

Tel/FAX:

e-mail:

Ich übe folgende ärztliche Tätigkeit aus:

- Anstellung mit Wochenstunden, Dienststelle
- Werkvertragliche Tätigkeit:
- Weitere Praxis in

BEENDET wird in diesem Zusammenhang folgende ärztliche Tätigkeit, mit Datum:

.....

Ich bevollmächtige die Ärztekammer für Wien, meine Unterlagen an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen werden.

Wien, am

 Unterschrift