

NIEDERLASSUNGS-ANMELDUNG

Arzt-Nr.: W -

An die
Ärzttekammer für Wien (Tit. Dr. Zuname, Vorname)

Abteilung Standesführung
(Privatadr.)

Weihburgg. 10-12, 1010 Wien
(Privat-Tel.)

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

Erstpraxis Zweitpraxis Doppelfach auf gleicher Adresse Gruppenpraxis

PRAXIS-ADRESSE: Wien

Tel/FAX:

e-mail:

! Bei mehreren Fachrichtungen bitte
Reihung angeben ! Arzt für Allgemeinmedizin Approbierter Arzt

Facharzt für

Facharzt für

ZUSÄTZLICH zu dieser Niederlassung übe ich folgende ärztliche Tätigkeit aus:

- o Anstellung bei folg. Dienststelle, seit:
- o Werkvertragliche Tätigkeit, seit:
- o Weitere Praxis in

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

.....

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass bei niedergelassenen Ärzten aus formalen Gründen (Datenschutzgesetz, Ärztegesetz) die Zustelladresse verpflichtend ident der Praxisadresse ist.

Ich bestätige hiermit, dass ich für diese Niederlassung die Bedingungen der gesetzlich vorgeschriebenen Berufshaftpflichtversicherung erfülle und dass mein Versicherer eine diesbezügliche Deckungsbestätigung an die Ärztekammer für Wien übermittelt.

Wien, am

.....
Unterschrift

ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN – STANDESFÜHRUNG
Wien 1010, Weihburggasse 10-12 Tel. 01-515 01 DW 1205, 1206, 1260 FAX-DW 1429
e-mail: standesfuehrung@ackwien.at