



NIEDERLASSUNGS-ANMELDUNG

Arzt-Nr.: W -

An die
Ärztelammer für Wien
Standesführung

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

.....
(Privatadresse)

Weihburggasse 10-12
1010 Wien

.....
(Private Telefonnummer)

Betrifft: **NIEDERLASSUNGS-ANMELDUNG** per (genaues Datum)

Erstpraxis Zweitpraxis Doppelfach auf gleicher Adresse Gruppenpraxis

PRAXIS-ADRESSE: Wien,

Tel/FAX:

e-mail:

! Bei mehreren Fach-
richtungen bitte
Reihung angeben !

Ärzt*in für Allgemeinmedizin

Approbierte*r Ärzt*in

Fachärzt*in für

Fachärzt*in 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 Ärzt*innen 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

Tel. 01-515 01 DW 1205, 1206, 1260 FAX-DW 1429 e-mail: standesfuehrung@ackwien.at