

NIEDERLASSUNGS-VERLEGUNG

Arzt-Nr.: W -

An die
Ärztelammer für Wien
Standesführung

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

.....
(Privatadresse)

Weihburggasse 10-12
1010 Wien

.....
(Private Telefonnummer)

VERLEGUNG per (genaues Datum)

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

Erstpraxis Zweitpraxis Doppelfach auf gleicher Adresse Gruppenpraxis

BISHERIGE PRAXISADRESSE:

..... Wien,

NEUE PRAXISADRESSE:

..... Wien,

Tel/FAX:

e-mail:

ZUSÄTZLICH zu dieser Niederlassung übe ich folgende ärztliche Tätigkeit aus:

- o Anstellung mit Wochenstunden, Dienststelle
- o 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