

## NIEDERLASSUNGS-VERLEGUNG

Arzt-Nr.: W - .....

An die  
 Ärztekammer 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:

- Anstellung mit Wochenstunden ....., Dienststelle .....
- 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