

# STAFF4ORDI

DAS ÄRZTEKAMMER  
AUSBILDUNGSPROGRAMM



ÄRZTEKAMMER  
FÜR WIEN

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name des\*der Teilnehmers\*in: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des\*der niedergelassenen Ärzt\*in / der ärztlichen  
Gruppenpraxis / des selbstständigen Ambulatoriums / der Sanitätsbehörde:

---

---

---

---

---

Im Namen der\*des obengenannten Ordination / Gruppenpraxis / Ambulatoriums /  
Sanitätsbehörde erkläre ich hiermit mein Einverständnis,

dass Frau/Herr \_\_\_\_\_ den von  
der Ärztekammer für Wien veranstalteten Ordinationsassistentenkurs besucht.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der\*des obengenannten Ordination / Gruppenpraxis /  
Ambulatoriums / Sanitätsbehörde