

## EINTRAGUNG IN DIE INTERESSENTENLISTE FÜR KASSENVERTRÄGE

Alle Angaben sind verpflichtend!

Antragsteller/in	
Vorname:.....	Familienname:.....
Geburtsdatum:.....	
Zustelladresse (wird ggf. in der Ärzteliste aktualisiert):.....	
.....	
.....	
Telefonnummer:.....	E-Mail:.....
<input type="checkbox"/> Arzt für Allgemeinmedizin seit.....	
<input type="checkbox"/> Facharzt für.....seit.....	

<input type="checkbox"/> Ich stimme einer Veröffentlichung des Datums meiner Eintragung in die Interessentenliste auf der Homepage der Ärztekammer für Wien ( <a href="https://www.aekwien.at">https://www.aekwien.at</a> ) unter Angabe meiner Wiener Arztnummer zu.
---

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller/in

