

An den

**Gesundheitsdienst der Stadt Wien**

**Team Impfwesen**

**Thomas-Klestil-Platz 8/2**

**1030 Wien**

**E-Mail: [impfwesen@m15.wien.gv.at](mailto:impfwesen@m15.wien.gv.at)**

**OPT-OUT**

***Homepage MA 15 – Ärzt\*innenliste Kinderimpfkonzept***

**Ich stimme NICHT der Veröffentlichung** meiner ordinationsbezogenen Daten auf der Homepage der Magistratsabteilung 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien zu.

---

Familienname und Vorname (Blockschrift)

---

Datum

---

**Unterschrift und Stampiglie  
der\*des Ärzt\*in**