

Generalvollmacht

in Zusammenhang mit der Eintragung in die Liste der zur Substitution
berechtigten Ärztinnen und Ärzte

Nachname der Ärztin/des Arztes: Vorname.....

Ordinationsadresse:

Ich ermächtige und beauftrage unbefristet gegen jederzeitigen Widerruf die Ärztekammer für Wien bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde (MA 40) in meinem Namen alle notwendigen Anträge einzubringen bzw. sonstigen Handlungen zu setzen, damit ich im Sinne der Weiterbildungsverordnung orale Substitution (BGBl II 449/2006) berechtigt bin, Substitutionsbehandlungen durchzuführen. Weiters erteile ich in diesem Zusammenhang der Ärztekammer für Wien ausdrücklich die Zustellungsvollmacht nach § 9 Abs. 1 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, womit diese Einrichtung ermächtigt wird in meinem Namen behördliche Schriftstücke im Zusammenhang mit Verwaltungsverfahren betreffend meine Eintragung in die Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzten in Empfang zu nehmen.

Datum:.....

Unterschrift

Erstellt: Haas Datum: 28.09.2016	Geprüft: Datum:	Freigabe: Holzgruber Datum:	Änderung: --- Datum: ---
-------------------------------------	--------------------	--------------------------------	-----------------------------