



***EINTRAGUNG IN DIE
INTERESSENTENLISTE
FÜR KASSENVERTRÄGE***

| | |
|---------------------------------|--|
| Familienname: | |
| Vorname: | |
| Geboren am: | |
| E-mail-Adresse: | |
| Zustelladresse: | |
| Tel.Nr.: | |
| Handy Nr.: | |
| Arzt für Allgem. seit: | |
| Facharzt für: Facharzt seit: | |

Ich stimme einer Publikation des Datums meiner Eintragung in die Interessentenliste auf der Homepage der Ärztekammer für Wien unter Angabe meiner Arztnummer zu.

| | |
|---------------|--|
| Datum: | |
| Unterschrift: | |