

STAFF4ORDI

DAS ÄRZTEKAMMER
AUSBILDUNGSPROGRAMM



ÄRZTEKAMMER
FÜR WIEN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name des/der Teilnehmers/in: _____

Name und Adresse des/der niedergelassenen Arztes/Ärztin / 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