

NIEDERLASSUNGS-ANMELDUNG

Arzt-Nr.: W -

An die
Ärzttekammer für Wien
Standesführung.....
(Tit., Nachname, Vorname).....
(Privatadresse)Weihburggasse 10-12
1010 Wien.....
(Private Telefonnummer)**NIEDERLASSUNGS-ANMELDUNG per** (genaues Datum) Erstpraxis Zweitpraxis Doppelfach auf gleicher Adresse Gruppenpraxis**PRAXIS-ADRESSE:** Wien,

Tel/FAX:

e-mail:

! Bei mehreren Fach-
richtungen bitte
Reihung angeben ! Ärztin bzw. Arzt für Allgemeinmedizin Approbierte Ärztin bzw. approbierter Arzt Fachärztin bzw. Facharzt für Fachärztin bzw. Facharzt für**ZUSÄTZLICH** zu dieser Niederlassung übe ich folgende ärztliche Tätigkeit aus:

o Anstellung bei folg. Dienststelle, seit:

o Werkvertragliche Tätigkeit, seit:

o Weitere Praxis in

BEENDET wird in diesem Zusammenhang folgende ärztliche Tätigkeit, mit Datum:

.....

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass die Zustelladresse, kraft gesetzlicher Anordnung, öffentlich gemacht wird. Um die Vertraulichkeit der Wohnadresse zu schützen, sollte primär die Niederlassungsadresse als Zustelladresse angegeben werden.

Ich bestätige hiermit, dass ich für diese Niederlassung die Bedingungen der gesetzlich vorgeschriebenen Berufshaftpflichtversicherung erfülle und dass mein Versicherer eine diesbezügliche Deckungsbestätigung an die Ärztekammer für Wien übermittelt.

Ich bevollmächtige die Ärztekammer für Wien, meine Unterlagen an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen werden.

Wien, am

.....
Unterschrift

ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN – STANDESFÜHRUNG

e-mail: aerzteliste@ekwien.at