

Ärztchammer f. OÖ
Standesführung - Ärzteliste
Dinghoferstraße 4
4020 Linz

Linz, _____

Streichung aus d. Ärzteliste /Verzicht

Sehr geehrte Damen u. Herren,

ich gebe hiermit bekannt, dass ich meine ärztliche Tätigkeit mit _____ (Datum)
einstellen werde und ersuche mit diesem Datum um Streichung aus der Ärzteliste.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mit der Meldung der Beendigung der ärztlichen Tätigkeit ohne
Verbleib in der Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer gemäß § 63 ÄrzteG 1998 den
Ärzteausweis zurückzustellen habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben elektronisch verarbeitet werden. Dies gilt auch für alle
zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich alle Angaben richtig und vollständig gemacht habe
und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich
ziehen.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Ärzteausweis