

EINLADUNG DIPLOMÜBERREICHUNG

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
die Ärztekammer f. OÖ erlaubt sich, Sie und Ihre Familie zur feierlichen Überreichung Ihres
Diploms „Arzt f. Allgemeinmedizin“ bzw. Ihres „Facharzt diploms“

am **Montag, 23.09.2024, 17.30Uhr**
im **Prim. Alexander Brenner Saal (EG)**

mit anschließendem Buffet einzuladen.

Wir ersuchen Sie im Falle einer Anmeldung um Übermittlung dieses Schriftstücks (versehen
mit Datum und Ihrer Unterschrift) eingescannt per Mail an manuela.zeppezauer@aekooe.at
bis **spätestens 1 Woche nach erfolgter Diplomeinreichung**, sowie um Bekanntgabe der
Anzahl Ihrer Begleitpersonen (*max. 4 Personen*).

*Sollte Ihnen die persönliche Teilnahme nicht möglich sein, bzw. innerhalb der Anmeldefrist (1
Woche) keine Rückmeldung erfolgen, so wird Ihnen das Diplom automatisch eingeschrieben
zugesandt!*

Kollegiale Grüße

ÄRZTEKAMMER FÜR OBERÖSTERREICH

Dr. Peter Niedermoser e.h.

Präsident

Da bei uns nur eine begrenzte Anzahl von Parkplätzen zur Verfügung steht, möchten wir Sie
auf die „*Museumsgarage*“ in der Elisabethstraße (Verlängerung d. Dinghoferstraße – direkt
beim OÖ Landesmuseum) hinweisen – diese ist nur wenige Gehminuten von der
Ärztekammer entfernt.

Name:

Ich willige ein, dass im Rahmen der feierlichen Diplomüberreichung ggf. auch
personenbezogenen Daten verlesen werden dürfen.

(Datum)

Unterschrift

Einverständniserklärung

Ich (Titel, Vor- und Nachname).....

geb. am.....

erkläre mich damit einverstanden, dass die Fotos, die durch den von der Ärztekammer für OÖ beauftragten Fotografen im Rahmen der Diplomverleihung am 23.09.2024 in der Ärztekammer für OÖ angefertigt werden und auf denen ich als VeranstaltungsteilnehmerIn und gegebenenfalls meine minderjährigen Kinder abgebildet bin bzw. sind, wie folgt verwendet werden:

Versendung eines Gruppenfotos im Postweg an die DiplomempfängerInnen (ÄrztInnen) sowie Nutzung für die Mitteilungen der Ärztekammer für OÖ (OÖ Ärzte) in der Print- und Online-Version (www.aekoee.at) unter Angabe von Namen und Fachrichtung der abgebildeten Personen

Ich erhebe hierfür keinen Anspruch auf Entgelt. Ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen. Von einem allfälligen Widerruf meiner Zustimmung bleiben bereits erfolgte Verwendungen unberührt.

....., am

Ort

Datum

Unterschrift des/der Abgebildeten