

ArztNr. _____

An die
Ärztchammer f. Oberösterreich
Arbeitsrecht, Wahlärzte & Standesführung
Dinghoferstraße 4
4020 Linz

Niederlassungsmeldung - Zweitordination

Hiermit teile ich der Ärztekammer f. Oberösterreich mit, dass ich mit _____
neben meiner bereits gemeldeten Wahlarztordination eine **Zweitordination** als

Arzt f. Allgemeinmedizin

Facharzt für _____

unter der Adresse

eröffnen werde.

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

Hochachtungsvoll

(Unterschrift)