

ANMELDUNG ALS WOHNSTZARZT

per _____

Vor- und Zuname: _____ O- _____

geboren am: _____ promoviert am: _____

Arzt f. Allgemeinmedizin seit: _____

Facharzt für _____ seit: _____

Hauptwohnsitz: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Bitte genaue Angabe von Art und Zeitraum der WOHNSTZARZTTÄTIGKEIT (z.B. Praxisvertretung, Werkvertragstätigkeit,...)

ab Datum

Tätigkeit

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ich bevollmächtigt 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.

(Ort u. Datum)

(Unterschrift)

**BITTE BEACHTEN SIE DIE VERPFLICHTUNG ZUM ABSCHLUSS DER
BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG GEM. § 52d ÄRZTEGESETZ
Eine freiberufliche Tätigkeit darf erst nach Einlangen d. entsprechenden Deckungsbestätigung der Versicherung aufgenommen werden (= elektr. Übermittlung an die Standesführung d. ÄK f. OÖ).**