
Arzt-Nr.: O- _____

Linz,

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

Nebentätigkeit(en)

Hiermit teile ich der Ärztekammer für Oberösterreich, dass ich ergänzend zu den bereits gemeldeten Tätigkeiten folgende Nebentätigkeit(en) aufnehmen werde:

Beginn-Datum	Art d. Tätigkeit bzw. Dienstgeber	freiberuflich	angestellt
		bitte ankreuzen	

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)

Bitte beachten Sie die Verpflichtung zum Abschluss der Berufshaftpflichtversicherung gem. Ärztegesetz § 52d.
 Eine freiberufliche Tätigkeit darf erst nach Einlangen d. entsprechenden Versicherungsbestätigung aufgenommen werden
 (= elektr. Übermittlung durch Ihre Versicherung an die Standesführung d. ÄK f. OÖ).