

**EINMALIGER VERSAND DER KAMMERZEITUNG**  
bei Arztehepaaren/Ärzten in Lebensgemeinschaften

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ (Arzt Nr. \_\_\_\_\_ )

und

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ (Arzt Nr. \_\_\_\_\_ )

beide wohnhaft unter der Adresse

PLZ \_\_\_\_\_ ORT \_\_\_\_\_

STRASSE \_\_\_\_\_

ersuchen um lediglich einmalige Zusendung des monatlichen Magazins der OÖ Ärztekammer „OÖ Ärzte“, sowie d. Österr. Ärztezeitung „ÖÄZ“ auf den Namen von

Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Datum)