

## ANMELDUNG als Mentor

Name: ..... VPNR: .....

Ordinationsadresse: .....

Meine Kontaktdaten für Mentees: Telefon .....

E-Mail .....

Ich erkläre mich bis auf Widerruf bereit, als Mentor für folgende Personen zur Verfügung zu stehen und dazu in den Ärzte-Pool aufgenommen zu werden, der veröffentlicht wird:

- Medizinstudenten (Schnuppertage), und/oder
- Ärzte in Ausbildung (Schnuppertage und individuelles Mentoring)

Ich verfüge über folgende Qualifikation(en):

### Lehrpraxisbewilligung

- Ja
- Nein
- Nein, aber ich habe die Absicht, die Lehrpraxisbewilligung bis ..... zu erlangen.

### Mentoreneinschulung

- Ja (Nachweis erforderlich)
- Nein
- Nein, aber ich habe die Absicht, die Mentoreneinschulung bis ..... zu absolvieren.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift u. Stempel

Bitte senden Sie dieses Formular per Fax oder E-Mail an:

Ärztchammer für Oberösterreich, zH Frau Nobis, Fax-Nr.: 0732/783660-205 oder nobis@aekoee.at