

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 Baumgartner, Fax-Nr.: 0732/783660-257 oder baumgartner@aekoee.at