

NIEDERLASSUNGS-ANMELDUNG

Arzt-Nr.: W -

An die
 Ärztekammer für Wien
 Standesführung
 Weihburggasse 10-12
 1010 W i e n
 (Tit. Dr. Zuname, Vorname)
 (Privatadr.:)
 (Privat Tel/FAX)

Betrifft: **NIEDERLASSUNGSMELDUNG** per (genaues Datum)

ERSTPRAXIS ZWEITPRAXIS DOPPELFACH auf gleicher Adresse

PRAXISADRESSE: Wien
 = = = =

Tel/FAX:

e-mail:

als: *) Arzt für Allgemeinmedizin Approbierter Arzt Zahnarzt

Facharzt für

Facharzt für

*) Bei mehreren Fachrichtungen bitte Reihung bzgl. der Führung in der Ärzteliste angeben.

ZUSÄTZLICH zu dieser Niederlassung übe ich folgende ärztliche Tätigkeit aus:

- Anstellung bei folg. Dienststelle
- Werkvertragliche Tätigkeit:
- Weitere Praxis in

BEENDET wird im Zusammenhang mit dieser Praxismeldung folgende ärztliche Tätigkeit:
 mit Datum

Ich bestätige hiermit, dass ich für diese Niederlassung die Bedingungen der gesetzlich vorgeschriebenen Berufshaftpflichtversicherung erfülle und dass mein Versicherer eine diesbezügliche Deckungsbestätigung an die Ärztekammer für Wien übermittelt.

Wien, am

 Arztname und Unterschrift