

Meldung eines Wechsels des Dienstgebers

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

HINWEIS: Felder, die mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet sind, enthalten öffentliche Daten der Ärzteliste

I. Angaben zur Person ¹

Familienname:	Vorname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ÖÄK-ID:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. Angaben zum Dienstverhältnis

Bisheriger Dienstgeber (Ort, Postleitzahl, Straße, Hausnummer):
<input type="text"/>
Ende des Dienstverhältnisses (Datum):
<input type="text"/>
Neuer Dienstgeber (Ort, Postleitzahl, Straße, Hausnummer): ¹
<input type="text"/>
Tätigkeitsbeginn mit (Datum):
<input type="text"/>
Anstellung als:
<input type="checkbox"/> Turnusärztin/Turnusarzt <input type="checkbox"/> Approbierte/r Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Fachärztin/Facharzt für _____
Zustelladresse (Im Falle einer Änderung der bisherigen Zustelladresse bitte ausfüllen): ¹
<input type="checkbox"/> Wohnadresse: _____ <input type="checkbox"/> Dienstadresse (wie oben) <input type="checkbox"/> Sonstige: _____

Ich bevollmächtige die Ärztekammer für Tirol meine Unterlagen an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben elektronisch verarbeitet werden. Dies gilt auch für alle zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich alle Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wesentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Ort / Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes