E-Mail

ÄRZTE KAMMER FÜR TIROL

¥ sterreichische rztekammer
Weihburggasse 10 - 12
1010 Wien

Tª tigkeit in einer Lehrpraxis

Es wird bestätigt, dass

Herr/Frau Dr. .....

in der Lehrpraxis/Lehrgruppenpraxis/Lehrambulatorium:

.....

in einem **sozialversicherungspflichtigen Dienstverhältnis** steht.

Beschäftigungsausmaß in Stunden: .....

Dauer des Beschäftigungsverhältnisses:

Beginn: ..... Ende: .....

Herr/Frau Dr. ..... absolviert an dieser Einrichtung die

postpromotionelle Ausbildung:

- ☐ zum Arzt für Allgemeinmedizin
- ☐ zum Facharzt für .....
  - ☐ im Hauptfach
  - ☐ im Pflichtnebenfach
  - ☐ im Wahlfach
  - ☐ drittmittelfinanzierte klinisch-wissenschaftliche Projekttätigkeit
- ☐ zur Ausbildung im Additivfach für .....

Art der Ausbildungsordnung: ◯ ÄAO 2006 ◯ ÄAO 2015

.....
Datum

.....
Unterschrift/Stempel des/der Ausbildungsverantwortlichen

.....
Unterschrift/ des/der in Ausbildung stehenden/r Arztes/ rztin

Die von Ihnen angegebenen Daten werden datenschutzkonform verarbeitet (nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage). Ich bevollmª chtige die rztekammer f¿r Tirol meine Unterlagen an die ¥ sterreichische rztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegen¿ber dem Bevollmª chtigten widerrufen werden.
Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben elektronisch verarbeitet werden. Dies gilt auch f¿r alle zuk¿nftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich alle Angaben richtig und vollstª ndig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.