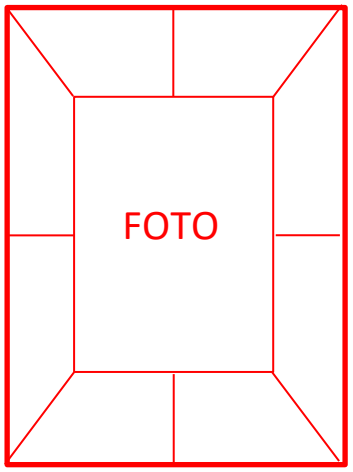

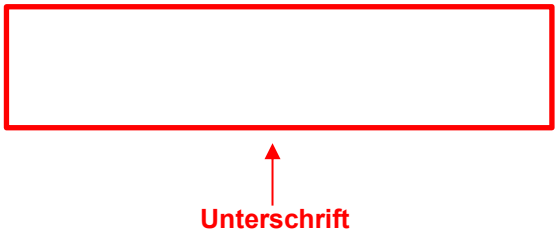

Bei digitaler Zusendung Foto und Unterschrift bitte als separate Anhänge dem Mail anfügen.
Bei Ausdruck bitte innerhalb des vorgegebenen Rahmens unterschreiben.

Österreichische Ärztekammer Datenblatt

Umlaut (¥¦) bleibt Umlaut

Akad. Grad: Vorname:

maximal 25-stellig in Blockschrift

Zuname:

maximal 25-stellig in Blockschrift

Geburtsdatum: Eintragungsnummer (¥ AK-Nr.):

TT. MM. JJJJJ (inkl. Bindestrich und Pr¿fziffer)

☐ **Verlust** ☐ **Namensänderung**

☐ **Alter ÖAK Ausweis** ☐ **Bruch**

Bundesland: Tirol

Sonstiges:

Mitgliedsnummer (wenn bekannt)

Zustelladresse: (nur bei Bedarf auszufüllen)

StraÇe:

PLZ: Ort:

Berufsbezeichnung

☐ TA (Turnusarzt/ Turnusª rztin)

☐ AM (Arzt/ rztin f¿r Allgemeinmedizin)

☐ FA (Facharzt/ Fachª rztin)

☐ AA (Approbierter Arzt/ Approbierte rztin)

Eingereicht am:

Ausgangsdatum der Ausweise an LÄK:

E-Mail

Die von Ihnen angegebenen Daten werden datenschutzkonform verarbeitet (nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage). 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 wissentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.