



---

# Österreichische Ärztekammer Datenblatt

---

Umlaut (ÄÖÜ) bleibt Umlaut

Akad. Grad: Vorname:

maximal 25-stellig in Blockschrift

Zuname:

maximal 25-stellig in Blockschrift

Geburtsdatum:

TT MM JJJJ

Eintragsnummer (ÖAK-Nr.):

(inkl. Bindestrich und Prüfziffer)

Verlust  Namensänderung  Bruch

Alter ÖAK Ausweis

Sonstiges:

Bundesland: Tirol

Mitgliedsnummer (wenn bekannt)

Zustelladresse: (nur bei Bedarf auszufüllen)

Straße:

PLZ:

Ort:

Berufsbezeichnung

- TA (Turnusarzt/ Turnusärztin)
- AM (Arzt/ Ärztin für Allgemeinmedizin)
- FA (Facharzt/ Fachärztin)
- AA (Approbierter Arzt/ Approbierte Ärztin)

Eingereicht am:

Ausgangsdatum der Ausweise an LÄK:

*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 wesentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.*