

Österreichische Ärztekammer
Weihburggasse 10 - 12
1010 Wien

In Verlust geratener Ärzteausweis

Vor- und Nachname des Ausweisinhabers:

ÖÄK-ID:

Geburtsdatum:

Postzustelladresse:

Ich teile mit, dass mein Ärzteausweis in Verlust geraten ist.

Diesem Formular sind folgende Dokumente anzuschließen:

- Eine Kopie der Verlustanzeige des Ärzteausweises
- 1 Passbild
- ausgefülltes Datenblatt zur Neuausstellung eines Ärzteausweises

Sollte der Ärzteausweis wieder in Ihren Besitz gelangen, so bitten wir Sie, umgehend um umgehende Kontaktaufnahme und Retournierung des neu ausgestellten Ärzteausweises.

Ich ersuche um Neuausstellung eines Ärzteausweises.

Datum: _____ Unterschrift: _____

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.