

\$•@!^&@&@Ä! : \æ { ^!
Y ^ @ä | ** æ • ^ Ä F G
F F Ä a }

Mitteilung Änderung der Ordinationszeiten

Titel, Vor- und Nachname des Antragstellers:

ÖÄK-ID: _____

Berufssitz in: _____

Fachrichtung: _____

Ordinationstelefonnummer: _____

FAX- Nummer: _____

E-Mail Adresse öffentlich: _____

Die Ordinationszeiten gelten ab: _____

	<i>Vormittag</i>		<i>Nachmittag</i>	
	Von	bis	Von	bis
<i>Montag</i>				
<i>Dienstag</i>				
<i>Mittwoch</i>				
<i>Donnerstag</i>				
<i>Freitag</i>				
<i>Samstag</i>				
<i>Sonntag</i>				

Terminvereinbarung: erforderlich erwünscht nicht erforderlich

Zusätzliche Ergänzungen:

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.