

\$•c^i^&@&@Ái:c\æ { ^!
Y ^ã~!**æ•^F€ÄFG
F€F€Ä }ä}

Mitteilung über Praxiseröffnung

Titel, Vor- und Nachname:

x s ?!-8 : _____

Die Tätigkeit in der Praxis wird ausgeübt als

- Approbierter Arzt
 Arzt für Allgemeinmedizin
 Facharzt für _____

Datum der Praxiseröffnung: _____

Ordinationsadresse: _____

Ordinationstelefonnummer: _____

FAX-Nummer: _____

E-Mail Adresse: _____

(Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse von der Ärztekammer für Tirol veröffentlicht wird)

Ordinationszeiten: _____

In meiner Ordination ist eine Terminvereinbarung

- erwünscht erforderlich nicht erforderlich

Ordinationsgemeinschaft mit: _____

Apparategemeinschaft mit: _____

Laborgemeinschaft mit: _____

