

\$•c||^&@&@A!i:c\æ { ^!  
Y ^ã~!\*\* æ•^F€ZFG  
F€F€V a}

## Mitteilung über Praxisverlegung

**Titel, Vor- und Nachname:**

\_\_\_\_\_

**x s ?!-8:** \_\_\_\_\_

**Datum der Praxisverlegung:** \_\_\_\_\_

**Bisherige Ordinationsadresse:** \_\_\_\_\_

**Neue Ordinationsadresse:** \_\_\_\_\_

**Ordinationstelefonnummer(n):** \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Die Tätigkeit in der Praxis wird ausgeübt als

- Approbierter Arzt  
 Arzt für Allgemeinmedizin  
 Facharzt für: \_\_\_\_\_

Es besteht ein aufrechtes Anstellungsverhältnis:  
 Dienstgeber: \_\_\_\_\_

- Vollzeitbeschäftigung  
 Teilzeitbeschäftigung (Ausmaß der Beschäftigung in %): \_\_\_\_\_

Meine sonstigen ärztlichen Tätigkeiten bleiben weiterhin aufrecht

Im Zuge dieser Meldung gebe ich die Einstellung meiner folgenden ärztlichen Tätigkeit bekannt:

\_\_\_\_\_

Siehe nächste Seite!

**Adresse Hauptwohnsitz:** \_\_\_\_\_

**Privattelefonnummer:** \_\_\_\_\_

Die Postzusendungen der Ärztekammer für Tirol ersuche ich an folgende Adresse zu übermitteln:

- Adresse der Erstordination
- Adresse der Zweitordination
- Adresse des Hauptwohnsitzes
- Adresse des Dienstgebers
- Sonstige Postzustelladresse (Adresse bitte angeben)

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Die von Ihnen angegebenen Daten werden datenschutzkonform verarbeitet (nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage).  
 Die Ärztekammer für Tirol verarbeitet Ihre Daten ausschließlich zu den Zwecken der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und der Vertretung der Interessen der Ärzteschaft in Tirol. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.  
 Sie haben das Recht, jederzeit Auskunft über die Verarbeitung Ihrer Daten zu verlangen, diese zu berichtigen oder zu löschen zu lassen. Bitte wenden Sie sich an die Geschäftsstelle der Ärztekammer für Tirol, Innere Hauptstr. 10, 6020 Innsbruck, Tel. 0531 2601-10, Fax 0531 2601-110, E-Mail: sekretariat@aerztekammer-tirol.at.  
 Ihre Daten werden für die Dauer von 10 Jahren gespeichert, bis Sie sich bei der Geschäftsstelle der Ärztekammer für Tirol melden und die Löschung Ihrer Daten beantragen.