E-Mail

ÄRZTE KAMMER FÜR TIROL

¥ sterreichische rztekammer
Weihburggasse 10 - 12
1010 Wien

.

Antrag auf Eintragung in die Ärzteliste als

Wohnsitzarzt/-Ärztin

(Wohnsitzärzte sind gemäß §47Ärztegesetz zur selbstständigen Berufsausübung berechtigte Ärzte, die ausschließlich solche ärztliche Tätigkeiten auszuüben beabsichtigen, die weder eine Ordinationsstätte erfordern, noch in einem Angestelltenverhältnis ausgeübt wurden, insbesondere Erstellung von Aktengutachten, Vertretungen in Ordinationsstätten, etc.)

Titel, Vor- Nachname: .....

¥ K-ID: .....

Hauptwohnsitz*): .....
*) Bitte Meldezettel des Hauptwohnsitzes in Kopie beilegen

Postzustelladresse: .....

Ort der Tätigkeit in Tirol*): .....
*) Wenn kein Wohnsitz in Österreich vorhanden

Telefonnummer.: ..... **Fax:** .....

E-Mail Adresse: .....
(Ich bin damit einverstanden, dass mein Hauptwohnsitz gem. §27 Abs 1Z9 Ärztegesetz von der ÄK. f. Tirol veröffentlicht werden kann)

Beginn der Tätigkeit als Wohnsitzarzt ab: .....

als
- ☐ **Arzt für Allgemeinmedizin**
- ☐ **Facharzt**
- ☐ **Approbierter Arzt**

Ich beabsichtige, folgende ärztliche Tätigkeiten auszuüben:

☐ Praxisvertretung ☐ Erstellung von Aktengutachten ☐ Notarzttätigkeit

☐ Schularzt ☐ Betriebsarzt

☐ Sonstige ärztliche Tätigkeit auf Werkvertragsbasis:

.....

Die bisherige Eintragung in der Ärzteliste als ☐ niedergelassener Arzt ☐ angestellter Arzt endet hiermit.

Krankenversicherung bei: ☐SVS ☐Merkur(TÄK-Tarif)

☐ÖGK ☐Sonstige: .....

Hinweis: Eventuelle Änderungen Ihrer Beitragsverpflichtung entnehmen Sie bitte unserer Homepage: WFF

Datum: Unterschrift des Arztes

Ich best^a tige hiermit, dass ich die Bedingungen der gesetzlich vorgeschriebenen Berufshaftpflichtversicherung gem^a Ç Ä 52d rzteG 1998 erf¿lleund dass mein Versicherer eine diesbez¿gliche Deckungsbest^a tigung an die rztekammer ¿bermittelt.
Ich nehme zur Kenntnis, dass meineAngaben elektronisch verarbeitet werden. Dies gilt auch f¿r alle zuk¿nftigen Meldungen.
Ich versichere, dass ich alle Angaben richtig und vollst^a ndiggemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.
Die von Ihnen angegebenen Daten werden datenschutzkonform verarbeitet (nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage). Ich bevollm^a chtige die rztekammer f¿r Tirol meine Unterlagen an die ¥ sterreichische rztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegen¿ber dem Bevollm^a chtigten widerrufen werden.
Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben elektronisch verarbeitet werden. Dies gilt auch f¿r alle zuk¿nftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich alle Angaben richtig und vollst^a ndig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.