

Meldung der Beendigung einer ärztlichen Nebentätigkeit

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

HINWEIS: Felder, die mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet sind, enthalten öffentliche Daten der Ärzteliste

I. Angaben zur Person ¹

Familienname:	Vorname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ÖÄK-ID:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ich gebe hiermit per _____ (Datum) die Beendigung folgender ärztlicher Nebentätigkeit bekannt: _____ .

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.

Ort / Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes