

Österreichische Ärztekammer  
Weihburggasse 10 - 12  
1010 Wien

## Kontaktdaten (contact details)

**Vor- und Nachname (first name and surname):**

.....

**Geburtsort (place of birth):** .....

**Geburtsland (country of birth):** .....

**Staatsangehörigkeit (nationality):** .....

**Adresse (address):** .....

**E-Mail Adresse (e-mail address):** .....

**Telefonnummer (telephone number):** .....

Land der medizinischen Ausbildung (general information about the medical training):

- **Medizinische Grundausbildung (primary qualification):**

.....

.....

- **Weiterführende Ausbildung (further specialization in medical training):**

.....

.....

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.