

\$•c^i^&@&@Á: c\æ { ^!
Y ^ã~!** æ•^ÆÄFG
FÆÆÄ }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: _____

Es besteht ein aufrechtes Anstellungsverhältnis zu: _____

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:

Kurienzuordnung (Im Falle eines aufrechten Anstellungsverhältnisses; ausschlaggebend für die Bestimmung des Wahlkörpers der Ärztekammerwahlen sowie für die Umlagenberechnung)

Kurie der angestellten Ärzte

Kurie der niedergelassenen Ärzte

Krankenversicherung bei:

SVS Merkur (TÄK-Tarif) ÖGK Sonstige: _____

Fremdsprachen: _____

Adresse Hauptwohnsitz: _____

Telefonnummer Privat: _____

9 fgh`i b[`j cb`Datientenverfügung[Yb`j b`XYf`CfX]bUj]cb`a "[`]W .`....>U`.....BY]b

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

Adresse der Erstordination

Adresse des Hauptwohnsitzes

Adresse des 2. Berufssitzes

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).

Ärztliche Tätigkeit: _____
Krankenversicherung: _____
Fremdsprachen: _____
Adresse Hauptwohnsitz: _____
Telefonnummer Privat: _____
Postzustelladresse: _____