

Österreichische Ärztekammer
Weihburggasse 10 - 12
1010 Wien

Tätigkeit in einer Lehrpraxis

Es wird bestätigt, dass

Herr/Frau Dr.

in der Lehrpraxis/Lehrgruppenpraxis/Lehrambulatorium:

.....

in einem **sozialversicherungspflichtigen Dienstverhältnis** steht.

Beschäftigungsausmaß in Stunden:

Dauer des Beschäftigungsverhältnisses:

Beginn: Ende:

Herr/Frau Dr. absolviert an dieser Einrichtung die

postpromotionelle Ausbildung:

☐ zum Arzt für Allgemeinmedizin

☐ zum Facharzt für

☐ im Hauptfach

☐ im Pflichtnebenfach

☐ im Wahlfach

☐ drittmittelfinanzierte klinisch-wissenschaftliche Projektstätigkeit

☐ zur Ausbildung im Additivfach für

Art der Ausbildungsordnung:

ÄAO 2006

ÄAO 2015

.....
Datum

.....
Unterschrift/Stempel des/der Ausbildungsverantwortlichen

.....
Unterschrift/ des/der in Ausbildung stehenden/r Arztes/ rztin

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.