

Persönliche Daten			
Titel			
Zuname			
Vorname(n)			
Geburtsort			
Geb. Datum	Staatsbürgerschaft		
Wohnanschrift			
Zustelladresse *)			
Email			
Telefon	SozialVersNr.		
Familienstand	0 ledig		
	0 verheiratet		seit:
	0 geschieden	0 verwitwet	seit:
	0 Partnerschaft gem. Eingetragene Partnerschaft-Gesetz (EPG)		seit:
Name (Ehe-Partner(in))			
Bitte gegebenenfalls auch Mädchenname anführen		Geb. Datum (Partner-In)	

Ausbildung		
Promotion	0 JA	0 NEIN
Datum:	Ort:	
Arzt für Allgemeinmedizin	0 JA	0 NEIN
wenn JA, seit:		
Ausgestellt von:		
Facharzt	0 JA	0 NEIN
wenn JA, Fachrichtung:		
seit:		
Ausgestellt von:		
Approbation	0 JA	0 NEIN
wenn JA, seit:		
Ausgestellt von:		
ÖÄK Diplom:		

Ärztliche Berufsausübung im Bundesland Salzburg**Angestellter Arzt** JA NEIN

ab:

 Vollzeit Teilzeit - Ausmaß : %

Dienstfunktion:

Dienstgeber:

Niedergelassener Arzt JA NEIN

ab:

Ordinationsanschrift:

Wohnsitzarzt JA NEIN

ab:

Art der Tätigkeit:

Zahnarzt JA NEIN**Führung in der Kurie/Kammerzugehörigkeit** Ärztekammer für Salzburg - Kurie der angestellten Ärzte Sektion zur selbständigen Berufsausübung berechnigte Ärzte Sektion Turnusärzte Ärztekammer für Salzburg - Kurie der niedergelassenen Ärzte Sektion der Fachärzte Sektion der Ärzte für Allgemeinmedizin Zahnärztekammer für Salzburg

Berufshaftpflichtversicherung gem. § 52 d ÄrzteG ist vorhanden:

 JA NEIN**Leibliche Kinder und/oder Wahl- bzw. Adoptivkinder**

Vorname	Zuname	Datum der Geburt bzw. Adoption

Personen mit Unterhaltsanspruch (z.B: geschiedene Partner) vorhanden: JA NEIN

Wenn JA, Name des/der Berechtigten:

Geburtsdatum des/der Berechtigten:

Bitte Unterhaltsvereinbarung beilegen (Nachweis über Dauer und Höhe)

Ich war zuletzt bei folgender Ärztekammer gemeldet:

Ich war bereits in einem anderen Versorgungswerk Wohlfahrtsfondsmitglied: JA NEIN

Wenn JA, Nennung **aller** Wohlfahrtsfonds:

Ich erhalte eine Invaliditäts- oder Alterspension: JA NEIN

Wenn JA, Höhe und Bezeichnung der auszahlenden Stelle:

Information und Zustimmung zur E-Mail-Kommunikation:

Wenn Sie bei Ihren persönlichen Daten eine E-Mail-Adresse angegeben haben, stimmen Sie zu, auf diesem elektronischen Wege Zusendungen von der Ärztekammer für Salzburg an die von Ihnen angegebene Adresse zu erhalten. Diese Zusendungen dienen ausschließlich zur Erfüllung der vom Ärztegesetz vorgesehenen Aufgaben und beinhalten u.a. Informationen Ihrer Fachvertretung, der jeweiligen Kurien, der Fortbildungsakademie, der Pressestelle, der Standesführung, des Wohlfahrtsfonds, usw. Auf Grund der Arbeitsabläufe werden E-Mails an die Ärztekammer Salzburg an zuständige Abteilungen und Personen (einschließlich Funktionäre) weitergeleitet. Alle Funktionäre und Mitarbeiter der Ärztekammer Salzburg unterliegen einer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht (§ 89 Ärztegesetz).

Ihre E-Mail-Adresse geben wir nicht an Dritte weiter. Durch Ihre Einwilligung ermöglichen Sie eine serviceorientierte und kostensparende Kommunikation. Sofern Sie kein Interesse mehr an der Zusendung von elektronischer Post haben, haben Sie jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung (also die E-Mail-Adresse) zu widerrufen. Weiters bitten wir Sie, Änderungen Ihrer E-Mail-Adresse unverzüglich an heindl@aeksbg.at bekannt zu geben.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und werde jede Veränderung der angeführten Daten unverzüglich bekanntgeben. Die notwendigen Nachweise liegen bei.

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer für Salzburg alle relevanten Daten zur Führung in der Österreichischen Ärzteliste in meinem Namen an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten.

Ort und Datum

Unterschrift

Ärzttekammer für Salzburg

Faberstraße 10, 5020 Salzburg

Telefon: +43 662 871327-0, Fax DW -10

www.aeksbg.at

Ärztelammer für Salzburg

Körperschaft öffentlichen Rechts

Faberstraße 10, 5020 Salzburg

Telefon: +43 662 871327-0, Fax DW -10

www.aeksbg.at

UNTERSCHRIFTSPROBE

Titel

Zuname

Vorname

Wohnanschrift

Ärztelnummer

Datum

eigenhändige Unterschrift