

An die
Ärztchammer für _____
(Ärztchammer des Bundeslandes, in dem Sie ärztlich tätig werden wollen)

Formblatt
Bewilligung zur ärztlichen Tätigkeit zu Studienzwecken gem. § 35 ÄG

Antragsteller/in:

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Abschluss des Medizinstudiums* am _____ Universität _____

Nostrifiziert* am _____ Universität _____

Wohnadresse in Österreich _____

Bisherige ärztliche Tätigkeit _____

** Dokumente sind in Kopie und Übersetzung beizulegen.*

Krankenanstalt:

Krankenanstalt u. Abteilung _____

Zahl der an der Abteilung in Facharztausbildung stehenden Ärztinnen/Ärzte _____

Dauer der Bewilligung: von _____ bis _____

Nachweis über die ärztliche Tätigkeit zu Studienzwecken: ja** _____ nein _____

*** Die Tätigkeits- bzw. Studienbeschreibung ist verpflichtend beizulegen.*

Unterschrift der Antragstellerin/
des Antragstellers

Unterschrift der Abteilungsleiterin/
des Abteilungsleiters

Datum

Unterschrift und Stempel des
Krankenanstaltenträgers

Hinweis:

Beachten Sie vor Antragstellung das aufliegende Informationsblatt „Ärztliche Tätigkeit zu Studienzwecken“. Eine ärztliche Tätigkeit kann erst nach Erhalt der Bewilligung ausgeübt werden.