

## Meldung der Beendigung einer ärztlichen Nebentätigkeit

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

HINWEIS: Felder, die mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet sind, enthalten öffentliche Daten der Ärzteliste

### I. Angaben zur Person <sup>1</sup>

Familienname:	Vorname:
<div></div>	<div></div>
ÖÄK-ID:	
<div></div>	<div></div>

Ich gebe hiermit per \_\_\_\_\_ (Datum) die Beendigung folgender ärztlicher Nebentätigkeit bekannt: \_\_\_\_\_ .

Ich bevollmächtige die **Ärztelammer für Kärnten** meine Unterlagen an die Österreichische Ärztelammer 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.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

