

Beitrittserklärung

zum Kärntner Impfkonzept



Stampiglie des Arztes

Arzt-Nr. lt. Ärzteausweis

Geb.Datum:

E-Mail: Telefon Nr.:

Adresse:

- ☐ Arzt für Allgemeinmedizin
- ☐ Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
- ☐

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Amt der Kärntner Landesregierung
Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege
Unterabteilung Sanitätswesen
Mießtaler Straße 1
9021 Klagenfurt am Wörthersee
Fax: 050 536 15060
E-Mail: Abt5.Sanitaetswesen@ktn.gv.at

Hiermit gebe ich meine Beteiligung am Impfkonzept des Landes Kärnten bekannt und erkläre, dass ich die Vereinbarung 2023 zwischen Land Kärnten und Ärztekammer für Kärnten zum Impfkonzept als für mich geltend zur Kenntnis genommen habe.

Mit Beendigung der Vereinbarung zwischen Land und Ärztekammer durch Kündigung eines Vertragspartners tritt in einem diese Beitrittserklärung außer Kraft.

Bankverbindung

IBAN:

BIC:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel