



***EINTRAGUNG IN DIE
INTERESSENTENLISTE
FÜR KASSENVERTRÄGE***

Familienname:	
Vorname:	
Geboren am:	
E-mail-Adresse:	
Zustelladresse:	
Tel.Nr.:	
Handy Nr.:	
Arzt für Allgem. seit:	
Facharzt für: Facharzt seit:	

Ich stimme einer Publikation des Datums meiner Eintragung in die Interessentenliste auf der Homepage der Ärztekammer für Wien unter Angabe meiner Arztnummer zu.

Datum:	
Unterschrift:	