

Vollmacht gemäß § 10 AVG

Hiermit bevollmächtige ich, _____ (Vor- und Nachname),
die Ärztekammer für Steiermark, Körperschaft öffentlichen Rechts, Kaiserfeldgasse 29, 8010 Graz, mich
in folgender Angelegenheit/ in folgenden Angelegenheiten zu vertreten:

- Übermittlung folgender Formulare inkl. dazugehöriger Dokumente an die Österreichische Ärztekammer:
 - Anmeldung zur Eintragung in die Ärzteliste
 - Gesundheitsattest
 - Meldung der Tätigkeit als Wohnsitzärztin/Wohnsitzarzt
 - Meldung der Eröffnung einer Niederlassung
 - Meldung der Verlegung einer Niederlassung
 - Meldung einer ärztlichen Nebentätigkeit
 - Meldung eines Dienstverhältnisses
 - Meldung eines Wechsels des Dienstgebers
 - Meldung der Beendigung der ärztlichen Tätigkeit
 - Meldung der Schließung einer Niederlassung
 - Meldung der Beendigung eines Dienstverhältnisses
 - Meldung der Beendigung einer ärztlichen Nebentätigkeit
 - Antrag auf Bewilligung einer ärztlichen Tätigkeit zu Studienzwecken
 - Meldung der vorübergehenden und gelegentlichen Erbringung ärztlicher Dienstleistungen
 - Meldung des Verlustes des Ärzteausweises
 - Datenblatt Ärzteausweis

- Sonstige: _____

Hinweis:

Diese Vollmacht kann jederzeit unter der E-Mailadresse info@aekestmk.or.at oder postalisch mit Schreiben an die Ärztekammer für Steiermark, Kaiserfeldgasse 29, 8010 Graz, widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Vertretung bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt. Sie endet mit der Erledigung zur bevollmächtigten Angelegenheit automatisch.

Ort / Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers