

An die  
 Ärztekammer für Niederösterreich  
 Ärzteverwaltung  
 Wipplingerstraße 2 - 4  
 1010 Wien

**FAX: 01 / 53 751 - 282**  
 Info: Ärzteverwaltung, Tel. 01/53751 - 7240

**ANTRAG**  
**um Aufnahme in die BEWERBERLISTE**  
**gemäß § 7 der Gesamtvertraglichen Vereinbarung**  
**betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertragsärzte**

Ich stelle hiermit den Antrag um Aufnahme in die Bewerberliste als

- Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
- Fachärztin/-arzt für \_\_\_\_\_
- Fachärztin/-arzt für \_\_\_\_\_

**(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfacheintragungen sind möglich)**  
**Bitte leserlich ausfüllen:**

Titel, Vor- u. Zuname:			
Promotionsdatum:			
Straße:			
PLZ/Ort:			
Telefon:		Fax:	
e-mail:			

Beilagen:

- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Diplom „Arzt für Allgemeinmedizin“ – Diplom über Facharztanerkennung

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Stampiglie und Unterschrift

