

K-Nr.: _____

Ärztchammer für Kärnten
Referat für Notfall- und Rettungsdienste
sowie Katastrophenmedizin
St. Weiter Straße 34
9020 Klagenfurt
Fax: 0463/5856-85

Betrifft: **Ansuchen um Ausstellung der Bestätigung über die
Berechtigung zur Führung der Bezeichnung
Notärztin/Notarzt**

Ich habe einen Notarztkurs gemäß § 40 Ärztegesetz im Gesamtausmaß
von zumindest 60 Stunden besucht und die Prüfung erfolgreich abgelegt.

Name: _____

Adresse: _____

Handy-/Tel.-Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

AfA/FA seit: _____

Prüfung Kurs: _____

Datum

Unterschrift

Beilage:

Teilnahme- und Prüfungsbestätigung des Notarzturses
ev. Teilnahmebestätigung des/der Refresherkurse/s