

FAMULATUR ALLGEMEINMEDIZIN

Daten Ihrer Ordination:

Name:

Vorname:

Adresse:

Tel.

Fax:

E-Mail:

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, die Unterlagen zur Famulatur im Fach Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Wien erhalten und gelesen zu haben. Außerdem erkläre ich mich mit dem darin skizzierten Ablauf der Famulatur einverstanden und werde die Vorgaben in meiner Ordination erfüllen.

Ich bin einverstanden, dass mein Name und meine Kontaktdaten in die Liste der Famulaturpraxen auf der Homepage der MUW aufgenommen werden.

Datum

Stempel, Unterschrift