**PERSONALDATEN**

|  |
| --- |
| Vorname:  |
| Geburtsname:  |
| Familienname:  |
| Staatsbürgerschaft:  |
| Akademische Grade:  |
| Privatanschrift: PLZ, Ort:  |
| Telefon-Nr. (mobil):  |
| Anschrift am Dienstort (Klinik und Straße): |
| eMail-Adresse:  |

Sofern der/die Habiliationswerber/in Bundesbedienstete/r ist:

|  |
| --- |
| Art des Dienstverhältnisses:  |
| Amtstitel:  |

….………………………………………………………………

(Datum, Unterschrift)