**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)