

An das
Teaching Center der
Medizinischen Universität Wien
Spitalgasse 23/ Bauteil 87
1090 Wien

Personalblatt

Lehrkrankenhaus			
Name der Einrichtung:			
Adresse:			
Postleitzahl:	Ort:	Land:	
E-Mail:			
Stammdaten			
Familien- od. Nachname:		Vorname:	
Frühere(r) Nachname(n):			
Staatsbürgerschaft:			
Sozialversicherungsnummer:		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):	
Versicherungsträger:			
Geschlecht:	☐ männlich	☐ weiblich	☐ divers
Familienstand:	☐ ledig	☐ verheiratet	☐ geschieden ☐ verwitwet
Privatadresse			
Adresse:			
Postleitzahl:	Ort, Land:		
Telefonnummer:	E-Mail:		
Akademische Grade (bitte Kopie/n der Verleihungsurkunde/n beilegen)			
Grad:	Verleihungsdatum (TT.MM.JJJJ):		
Grad:	Verleihungsdatum (TT.MM.JJJJ):		
Grad:	Verleihungsdatum (TT.MM.JJJJ):		
Lehrbefugnis (Habilitation) (bitte Kopie/n der Verleihungsurkunde/n beilegen)			
Art der Lehrbefugnis:	☐ Dozent:in	seit (TT.MM.JJJJ):	
	☐ Gastprofessor:in	seit (TT.MM.JJJJ):	
	☐ Honorarprofessor:in	seit (TT.MM.JJJJ):	
Universität:			
Ernennungsfach:			

Die wahrheitsgetreue Beantwortung obiger Fragen bestätige ich mit meiner eigenhändigen Unterschrift. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben dienstrechtlich und strafrechtlich verfolgt werden können. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Online-Zugang zur digitalen Bibliothek der MedUni Wien ausschließlich im Zusammenhang mit meiner Tätigkeit für die Ausbildung der Studierenden der MedUni Wien nutzen werde. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meine Zugriffsberechtigung nicht an Dritte weitergeben darf und dass diese mit der Beendigung meiner Aufgabe als Lehrender für die MedUni Wien bzw. im Falle der Beendigung (Aufkündigung) des Lehrkrankenhausvertrages erlischt. Des Weiteren verpflichte ich mich, etwaige Änderungen sofort schriftlich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift