



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

FAX: 40160 – 936 700

Personalblatt

Lehrkrankenhaus		
Name der Einrichtung:		
Straße/Hausnummer:		
Postleitzahl:	Ort:	Land:
E-Mail:		
Stammdaten		
Zuname:	Vorname:	
Frühere(r) Zuname(n):		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit:	
Privatadresse		
Straße/Hausnummer:		
Postleitzahl:	Ort:	Land:
Telefonnummer:	Mobiltelefon:	
Telefaxnummer:	E-Mail:	
Akademische Grade (bitte Kopie/n der Verleihungsurkunde/n beilegen)		
Grad:	Verleihungsdatum:	(TT.MM.JJJJ)
Grad:	Verleihungsdatum:	
Grad:	Verleihungsdatum:	
Lehrbefugnis (bitte Kopien der Verleihungsurkunde/n beilegen)		
Art der Lehrbefugnis:	<input type="checkbox"/> DozentIn seit: <input type="checkbox"/> GastprofessorIn seit: <input type="checkbox"/> HonorarprofessorIn seit: <input type="checkbox"/> Ordinarius/Oldinaria seit:	(Format: TT.MM.JJJJ):
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. Weiters verpflichte ich mich etwaige Änderungen sofort schriftlich mitzuteilen.

_____, am _____

Unterschrift