

Bestätigung der Richtigkeit der im Online-Formular samt Beilagen angegebenen Daten

Die Richtigkeit der im Online-Formular „_____“
samt Beilagen angegebenen Daten wird bestätigt:

Datum	
Unterschrift/Stampiglie der ärztlichen Direktion	
Name in Blockbuchstaben	
Datum	
Unterschrift/Stampiglie des Rechtsträgers	
Name in Blockbuchstaben*	
Datum	
Unterschrift/Stampiglie der Pflegedirektion ¹	
Name in Blockbuchstaben	

¹ Die Unterschrift der Pflegedirektion wird bei den Online-Formularen „Antrag einer Krankenanstalt auf Anerkennung als Ausbildungsstätte und Festsetzung von Ausbildungsstellen – Allgemeinmedizin (§ 9 Ärztegesetz 1998)“ und „Antrag einer Krankenanstalt auf Anerkennung als Ausbildungsstätte und Festsetzung von Ausbildungsstellen – fachärztliche Ausbildung (§ 10 Ärztegesetz 1998)“ im Hinblick auf die Bestätigung der Übernahme von Tätigkeiten gemäß [§ 15 Abs. 5 GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 185/2013](#), benötigt.