

Anerkennung eines flugmedizinischen Zentrums - AeMC

Antrag auf Anerkennung eines flugmedizinischen Zentrums gemäß ORA.GEN.115 ff. und ORA.AeMC.115 iVm ORA.GEN.115ff. der Verordnung (EU) Nr. 1178/2011 sowie ATCO.OR.E.001 der Verordnung (EU) 2015/340

Bitte füllen Sie die umrandeten Felder des Formulars aus und senden Sie es unterschrieben mitsamt den Beilagen an:

AUSTRO CONTROL GmbH, Luftfahrtagentur, Schnirchgasse 17, 1030 Wien, Österreich

1 Antragsteller

Flugmedizinisches Zentrum (vorgesehener Name)

Kontaktdaten Antragsteller

Titel Vorname Nachname

Straße Ort PLZ Land

Telefon Fax E-Mail

2 Antragsart

2.1 - Erstmalige Anerkennung

2.2 - Änderung der Anerkennung

2.2.1 - Anerkennung eines Standortwechsels

2.2.2 - Anerkennung eines zusätzlichen Standortes

2.2.3 - Anerkennung sonstiger Änderungen im Handbuch

3 Beilagen zu Pkt. 2.1

- Management System Dokumentation (Handbuch) (ein Formular "FO_LFA_ACW_008_DE" je Standort)
- CV Leiter des AeMC und des stv. Leiters
- Auflistung der im AeMC beschäftigten AMEs, Ordinationspersonal und Fachspezialisten inklusive Nachweise der Berechtigungen
- Angaben zur medizinischen Ausstattung am Standort der geplanten flugmedizinischen Stelle(n) (ein Formular "FO_LFA_ACW_008_DE" je Standort)
- Nachweis (Bescheid) über die krankenanstellenrechtliche Betriebsbewilligung (zB als selbstständiges Ambulatorium)

4 Beilagen zu Pkt. 2.2

Beilagen zu Pkt. 2.2.1 und 2.2.2:

- Angaben zur medizinischen Ausstattung am Standort der geplanten flugmedizinischen Stelle(n) ("FO_LFA_ACW_008_DE")
- Information über sämtliche Änderungen im Management System (schriftliche Mitteilung unter Anführung der geänderten Bestimmungen im Handbuch) (diese sind im Handbuch in einer Revisionsübersicht anzuführen)
- Nachweis über die krankenanstellenrechtliche Betriebsbewilligung (Bescheid)

Beilagen zu Pkt. 2.2.3:

- Information über sämtliche Änderungen im Management System (schriftliche Mitteilung unter Anführung der geänderten Bestimmungen im Handbuch) (diese sind im Handbuch in einer Revisionsübersicht anzuführen)

5 Unterschrift

Ich bestätige die Richtigkeit der oben angeführten Angaben sowie, dass ich über fundierte Kenntnisse über die einschlägigen Bestimmungen der Verordnung (EU) Nr. 1178/2011 sowie der Verordnung (EU) 2015/340 verfüge und die Durchführung flugmedizinischer Untersuchungen sowie die Ausstellung flugmedizinischer Tauglichkeitszeugnisse ausschließlich nach diesen gesetzlich normierten Standards erfolgt.

Ich stimme der Veröffentlichung der auf dem Antragsformular angeführten Kontaktdaten in der von der Austro Control GmbH geführten bzw. auf der Homepage publizierten Liste der flugmedizinischen Zentren zu.

Ort Datum Unterschrift des Antragstellers