

# Antrag auf Anerkennung eines flugmedizinischen Zentrums (AeMC) bzw. Änderung der Anerkennung

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 - Flugmedizin (ACW), 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 - Standortwechsel

2.2.2 - Genehmigung eines  
zusätzlichen Standortes

2.2.3 - Genehmigung einer  
Änderung im Handbuch

## 3 Beilagen zu Pkt. 2.1

- Management System Dokumentation (Handbuch) (Formular "FO\_LFA\_ACW\_124\_DE")
- CV Leiter des AeMC und ggf. des Stellvertreters
- Angaben zur medizinischen Ausstattung am Standort der geplanten flugmedizinischen Stelle(n) (Formular "FO\_LFA\_ACW\_123\_DE" je Standort)
- Nachweis über die Meldung einer Ordination oder krankenanstaltenrechtliche 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) (Formular "FO\_LFA\_ACW\_123\_DE")
- Information über sämtliche Änderungen im Management System (Formular "FO\_LFA\_ACW\_124\_DE") (diese sind im Handbuch in einer Revisionsübersicht anzuführen)
- Nachweis über Ordinationsmeldung oder krankenanstaltenrechtliche Betriebsbewilligung (Bescheid)

Beilagen zu Pkt. 2.2.3:

- Information über sämtliche Änderungen im Management System (Formular "FO\_LFA\_ACW\_124\_DE") (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**