

An die
Ärztekammer für Niederösterreich
Wipplingerstraße 2 – 4
1010 WIEN

FAX: 01 /53 751 – 279 DW

Tel. 01 / 53 751 – 225 DW - Frau Eisenbarth
Tel. 01 / 53 751 – 246 DW - Frau Graner

e-mail: sekrnied@arztnoe.at

ANTRAG **um Abschluss eines Vorsorgeuntersuchungsvertrages**

Ich ersuche die Ärztekammer für Niederösterreich, mir den Vertrag mit allen Kassen für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen zu vermitteln.

WICHTIGER HINWEIS:

Der Nachweis über die Absolvierung des E-learnings zur Vorsorgeuntersuchung ist dem Antrag beizulegen, da dies die Voraussetzung für den Abschluss eines Vorsorgeuntersuchungsvertrages darstellt.

(E-learning: www.arztakademie.at/vorsorgeuntersuchung)

| | |
|---|--|
| Name: | |
| Fach: | |
| Ordinationsadresse (PLZ, Ort, Straße): | |
| Telefonnummer: | |
| Geburtsdatum: | |

Datum

Stampiglie und Unterschrift

