

An die
 Ärztekammer für Niederösterreich
 Ärzteverwaltung
 Wipplingerstraße 2 - 4
 1010 Wien

Info: Ärzteverwaltung
aev@arztnoe.at
 Tel. 01 53 751 240

BESTÄTIGUNG über geleistete VERTRETUNGEN im Rahmen des WOCHENEND- bzw. FEIERTAGSDIENSTES im _____ Quartal _____

Übermittlung an die Ärztekammer für NÖ bis spätestens Ende des Folgequartals!

Name:	
Fach:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Ordinationszeiten:	

Hiermit bestätige ich, dass ich im Rahmen des Wochenend- bzw. Feiertagsdienstes vertreten wurde von:

Frau / Herrn Dr.	Geb.Datum:
Wohnhaft in:	

Monat	Datum (von – bis)	Anzahl der Dienste
1. Monat im Quartal		
2. Monat im Quartal		
3. Monat im Quartal		
d.s. Dienste insgesamt:		

Hinweis: Die Vertretung im Rahmen der Wochenendbereitschaft entspricht **zwei** Diensten und jene an einem Feiertag **einem** Dienst.

_____ Datum

_____ Stampiglie und Unterschrift

