

**BEITRITT – REZEPTURBEFUGNIS FÜR  
WAHLÄRZTINNEN/WAHLÄRZTE BEI DEN  
SONDERVERSICHERUNGSTRÄGERN**

An die  
Kurie der niedergelassenen Ärzte  
Ärztelammer für NÖ

**FAX: +43 1 53751 279**

---

Sehr geehrte Damen und Herren!

Hiermit beantrage ich die Rezepturbefugnis bei den Sonderversicherungsträgern (BVAEB, KFA, SVS).

Datum, Unterschrift und Arztstempel: