

Vertretungsärzt:in

per E-Mail: stf@arztnoe.at

per Post: Ärztinnen- und Ärztekammer für NÖ, Ärzt:innen Service, Wipplingerstraße 2,
1010 Wien

Ich bekunde meine Bereitschaft, eine Vertretung als

zu übernehmen und bin mit einer dementsprechenden Veröffentlichung im NÖ Consilium und auf der Website der Ärztinnen- und Ärztekammer für NÖ einverstanden. Nach sechs Monaten wird der Eintrag automatisch aus der Liste gestrichen, sofern meinerseits keine neuerliche Meldung über die Bereitschaft zur Vertretung erfolgt.

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich bin bereit Vertretungen in folgenden Regionen/Bezirken zu machen (**bitte unbedingt angeben**): Es besteht auch die Möglichkeit nur einzelne Bezirke innerhalb der Region anzukreuzen.

- Region Industrieviertel = Baden Bruck/Leitha Mödling Neunkirchen
 Wr. Neustadt
- Region Mostviertel = Amstetten Melk Scheibbs
- Region Waldviertel = Gmünd Horn Krems Waidhofen-Thaya
 Zwettl
- Region Weinviertel = Gänserndorf Hollabrunn Korneuburg
 Mistelbach
- Zentralraum = Lilienfeld St. Pölten Tulln

Datum: _____ Unterschrift/Stampiglie: _____

