

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.

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

Datum: _____ Unterschrift/Stampiglie: _____

