

## Vertretungsärztin/-arzt

Per Fax: 01/53 751-19

per E-Mail: [stf@arztnoe.at](mailto:stf@arztnoe.at)

per Post: Ärztekammer für NÖ, Standesführung, Wipplingerstraße 2, 1010 Wien

Ich bekunde meine Bereitschaft, eine Vertretung als

---

zu übernehmen und bin mit einer dementsprechenden Veröffentlichung im NÖ Consilium 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/Fax: \_\_\_\_\_

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  
 Schwechat  Wr. Neustadt
- Region Mostviertel =  Amstetten  Melk  Scheibbs
- Region Waldviertel =  Gmünd  Horn  Krems  Waidhofen/Thaya  
 Zwettl
- Region Weinviertel =  Gänserndorf  Hollabrunn  Korneuburg  
 Mistelbach
- Zentralraum =  Klosterneuburg  Lilienfeld  Purkersdorf  
 St. Pölten  Tulln

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stampiglie: \_\_\_\_\_

