

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

FAX: 01 / 53 751 - 264
 Info: Fr. Happel, Tel. 01/53751 - 126

**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:	

Vertretung von	bis	= Dienst(e)

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

