

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 an ORDINATIONSTAGEN 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 an folgenden Ordinationstagen vertreten wurde von:

Frau / Herrn Dr.	Geb.Datum:
Wohnhaft in:	

Ordinationsvertretung von	bis	Anzahl der Tage
d.s. Tage insgesamt:		

_____ Datum

_____ Stampiglie und Unterschrift

