

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

**FAX: 01 / 53 751 - 282**  
 Info: Ärzteverwaltung, Tel. 01/53751 - 7240

**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:	

Monat	Datum (von – bis)	Anzahl der Dienste
1. Monat im Quartal		
2. Monat im Quartal		
3. Monat im Quartal		
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

