

Name: _____

Anschrift: _____

Fach: _____

Telefon: _____

Ergeht an:

Ärztchammer für Niederösterreich

FAX: 01 / 53751 / 279

Kurie der niedergelassenen Ärzte

1010 Wien, Wipplingerstraße 2 – 4

Betrifft: Pilotprojekt „Erweiterte Stellvertretung“

Ich bin an der Teilnahme am Pilotprojekt „Erweiterte Stellvertretung“, welches zwischen der Kurie der niedergelassenen Ärzte der ÄK f NÖ und der NÖ Gebietskrankenkasse vereinbart wurde, sehr interessiert.

Begründung für die Teilnahme an diesem Pilotprojekt:

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. entsprechende Begründung angeben)

Betreuungsverpflichtungen für minderjährige Kinder

Kurze Erklärung: _____

Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen

Kurze Erklärung: _____

Persönliche Erkrankung

Kurze Erklärung: _____

Sterbebegleitung für einen Angehörigen

Kurze Erklärung: _____

Mandatsausübung

Kurze Erklärung: _____

Ärztliche Tätigkeiten bei Sozialversicherungsträgern

Kurze Erklärung: _____

Abteilungsleitung in Krankenanstalten

Kurze Erklärung: _____

Andere berücksichtigungswürdige Gründe

Kurze Erklärung: _____

Name des gewünschten Vertreters	Geb. dat.	Unterschrift des gewünschten Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift, Stempiglie