



Vertretungszahnarzt

Per Fax: 05 0511/3109

Per E-Mail: office@noe.zahnaerztekammer.at

Per Post: Landeszahnärztekammer für NÖ, Kremser Gasse 20, 3100 St. Pölten

Ich bekunde meine Bereitschaft, eine Vertretung als Zahnarzt zu übernehmen und bin mit einer dementsprechenden Veröffentlichung in der NÖZZ bzw. auf der Homepage der Landeszahnärztekammer für NÖ 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/Mobil: _____

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.*

	Industrieviertel	Mostviertel	Waldviertel	Weinviertel	Zentralraum
	Baden	Amstetten	Gmünd	Gänserndorf	Klosterneuburg
	Bruck/Leitha	Melk	Horn	Hollabrunn	Lilienfeld
	Mödling	Scheibbs	Krems	Korneuburg	Purkersdorf
	Neunkirchen		Waidhofen/Th.	Mistelbach	St. Pölten
	Schwechat		Zwettl		Tulln
	Wr. Neustadt				

Ich möchte in den angegebenen Bezirken auch Notdienstvertretungen übernehmen:

Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift/Stampiglie: _____