

VERTRETUNGSBESTÄTIGUNG

(auszufüllen vom vertretenen Zahnarzt / Zahnärztin)

Name des Ordinationsinhabers:

.....

Adresse:

PLZ / Ort:

Tel.:

Fax :

E-mail:

Facharzt für ZMK

Zahnarzt

Ich bestätige hiermit, dass mich

Frau / Herr Dr.

in der Zeit von bis

in der Zeit von bis

insgesamtTage in meiner Ordination vertreten hat.

Datum: _____

Unterschrift: _____

*Hinweis: Dieses Formular dient zur Vorlage bei der
Landeszahnärztekammer für Niederösterreich*