

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. Ich erteile die Zustimmung zur Verarbeitung meiner Daten gemäß der DSGVO, idgF. Nach **vier Monaten** wird der Eintrag **automatisch** aus der Liste **gestrichen und meine Daten gelöscht**, sofern meinerseits keine neuerliche Meldung über die Bereitschaft zur Vertretung erfolgt.

Name: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Fax/Mobil: _____

E-Mail: _____

An folgenden Tagen ist eine Vertretung möglich: _____

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

Ich kann im Rahmen der Vertretung die KFO-Fälle behandeln

Ja Nein ich bin ausschließlich kieferorthopädisch tätig

Datum: _____

Unterschrift/Stampiglie: _____