

# VERTRETUNGSBESTÄTIGUNG

*(auszufüllen vom vertretenen Zahnarzt / Zahnärztin)*

Allgemeine Kassenordination

KFO-Kassenordination\*

Wahlzahnarzt/Privatordination

*\*Eine Vertretung in einer KFO-Vertragszahnarztordination kann nur durch einen Zahnarzt erfolgen, welcher die Voraussetzungen nach § 25 Abs. 1 des Gesamtvertrages KFO erfüllt.*

Name des Ordinationsinhabers:

.....

Adresse: .....

PLZ / Ort: .....

Tel.: .....

Fax: .....

E-mail: .....

Ich bestätige hiermit, dass mich

Frau / Herr Dr. ....

in der Zeit von .... bis .....

in der Zeit von .... bis .....

**insgesamt** .....**Tage** in meiner Ordination vertreten hat.

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

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