

VERTRETUNGSBESTÄTIGUNG

(auszufüllen vom vertretenen Zahnarzt / Zahnärztin)

Allgemeine Kassenordination

KFO-Kassenordination*

**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:

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 Landes Zahnärztekammer für Niederösterreich