

VERTRETUNGSBESTÄTIGUNG

(auszufüllen vom zu vertretenden Arzt/Ärztin)

Name:

Adresse:

PLZ-Ort:

Tel.:

Ev. E-mail:

Ich bestätige hiermit, dass mich

Frau/Herr Dr.

in der Zeit von bis

insgesamt Tage in meiner Ordination vertreten hat.

Datum

Unterschrift

Stampiglie

Hinweis: Dieses Formular dient zu Aushändigung an die Ärztekammer für Wien und ist auf Verlangen im Zuge eines Bewerbungsverfahrens den Sozialversicherungsanstalten weiterzuleiten. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass nicht den Tatsachen entsprechende Bestätigungen seitens der Ärztekammer auch disziplinarrechtlich zu verfolgen sind.