**VERTRETUNGSBESTÄTIGUNG**

(auszufüllen durch den/die Ordinationsinhaber:in)

Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Ich bestätige hiermit, dass mich

Frau / Herr

in der Zeit von bis

insgesamt Tage in meiner Ordination vertreten hat.

**Eine genaue Auflistung der Tage** ist umseitig oder auf einem Beiblatt **nachvollziehbar** **anzugeben.**

**Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

Datum:

 

 Stempel/Unterschrift

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

Bestätigung Vertretung / Jobsharing

Name Ordinationsinhaber:in Name Vertreter:in / Jobsharing-Partner:in

**Auflistung der einzelnen Tage (mit genauer Datumsangabe):**