LANDES ZAHNÄRZTE KAMMER WIEN

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 und Arbeitsorte ist umseitig oder auf einem Beiblatt nachvollziehbar anzugeben.

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

_____ _____

Ort und Datum Unterschrift und Stempel

Landeszahnärztekammer für Wien
1010 Wien, Kohlmarkt 11/6
Tel: 05 05 11 1020
niederlassung@wr.zahnaerztekammer.at

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 für Wien auch disziplinarrechtlich zu verfolgen sind.

Bestätigung Vertretung / Jobsharing

_____ _____

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

Auflistung der einzelnen Tage (mit genauer Datumsangabe):