

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.

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift

Hinweis: Dieses Formular dient zur Aushändigung an die Landes Zahnärztekammer 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 Landes Zahnärztekammer auch disziplinarrechtlich zu verfolgen sind.

Bestätigung Vertretung / Jobsharing

Name Ordinationsinhaber:in

Name Vertreter:in / Jobsharing-Partner:in

Auflistung der einzelnen Tage (mit genauer Datumsangabe):