

VERTRETUNGSBESTÄTIGUNG

(auszufüllen vom zu vertretenden Zahnarzt/Zahnärztin)

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.

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

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift

Stampiglie

***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.*