

---

**Bestätigung Vertretung / Jobsharing  
auszufüllen durch den/die Ordinationsinhaber:in**

---

Name: \_\_\_\_\_

Ordinationsadresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit, dass Frau / Herr \_\_\_\_\_

in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

insgesamt \_\_\_\_\_ Tage in meiner Ordination Vertretung / Jobsharing ausgeübt hat.

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

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

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

**Landes Zahnärztekammer für Wien**  
1060 Wien, Linke Wienzeile 170  
Tel: 05 05 11 1020  
niederlassung@wr.zahnaerztekammer.at

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 für Wien auch disziplinarrechtlich zu verfolgen sind.

**Bestätigung Vertretung / Jobsharing**

\_\_\_\_\_

Ordinationsinhaber:in

\_\_\_\_\_

Vertreter:in / Jobsharing-Partner:in

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