
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):