

VERTRETUNGSBESTÄTIGUNG

(auszufüllen von der/dem zu vertretenden Ärztin/Arzt)

Antragsteller/in (Vertragsarzt)	
Vorname:.....	Familienname:.....
Ordinationsstandort:.....	
Tel. Nr. (Ordination):	E-Mail (Ordination):.....

Bestätigung der Vertretung
Ich bestätige hiermit, dass mich Frau/Herr Dr. (Vorname/Familienname) in der Zeit von bis (Datum) insgesamtTage in meiner Ordination vertreten hat.

.....
Datum und Stempel

.....
Unterschrift Ordinationsinhaber

ACHTUNG:

Die Nachweise sind vom Vertretungsarzt unmittelbar nach erbrachter Vertretung bzw. bis längstens 15. März des folgenden Kalenderjahres in der Kammer vorzulegen und werden dort abgestempelt bzw. abgezeichnet. Die abgestempelten bzw. abgezeichneten Bestätigungen werden in der Ärztekammer für Wien nicht archiviert und sind gemäß IV. Abs. 3 des III. Zusatzprotokoll zum GV 01.01.2011 im Zuge einer Bewerbung immer dem Bewerbungsformular beizulegen. Nicht fristgerecht eingebrachte bzw. nicht abgestempelte und abgezeichnete Bestätigungen werden nicht berücksichtigt.

Hinweis: Dieses Formular dient zu Aushändigung an die Ärztekammer für Wien und wird im Zuge eines Bewerbungsverfahrens den Sozialversicherungsanstalten weitergeleitet. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass nicht den Tatsachen entsprechende Bestätigungen seitens der Ärztekammer zur disziplinarrechtlichen Überprüfung weitergeleitet werden.