

ANTRAG
AUF FÖRDERUNG FÜR DIE
SOFTWAREIMPLEMENTIERUNG DES ELEKTRONISCHEN REZEPTEES

- Ich bestätige, die Voraussetzungen für die Förderung (Kassenärztin/Kassenarzt oder Wahlärztin/Wahlarzt mit Rezepturrecht und e-Card-Ausstattung **und** tatsächlich integrierte Verwendung des Softwaretools e-Rezept) zu erfüllen. Ich habe für die Anschaffung des e-Rezept-Softwaretools noch keinen Kostenersatz erhalten und beantrage daher die Überweisung der einmaligen Förderung iHv € 456 (inkl. USt). Hierfür gebe ich meine nachfolgenden Daten bekannt:

Vor- und Zuname: _____

Ordinationsadresse: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber/in: _____

Datum, Stempel und Unterschrift

*Bitte retournieren Sie dieses Formular bis spätestens **30.06.2023** an Ihre Landesärztekammer:*

Ärztekammer für Niederösterreich
A-1010 Wien, Wipplingerstraße 2
Tel.: +43 1 53751 0
Fax: +43 1 53751 19
E-Mail: arztnoe@arztnoe.at