

# VERTRETUNGSBESTÄTIGUNG

(auszufüllen vom Ordinationsinhaber)

Titel, Vorname, Nachname:	
Ordinationsadresse:	
Telefonnummer:	
ev. Emailadresse:	

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

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

\_\_\_\_\_ Tage in meiner Ordination vertreten hat.

Datum

Unterschrift / Stampiglie

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

*(Tagesauflistung, Name Vertreter und nochmals **Unterschrift/Stempel Ordinationsinhaber**)*

Hinweis: Dieses Formular dient zur Aushändigung an die Landes Zahnärztekammer für Burgenland und ist auf Verlangen im Zuge eines Bewerbungsverfahrens den Sozialversicherungsanstalten weiterzuleiten. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass nicht den Tatsachen entsprechende Bestätigungen seitens der Landes Zahnärztekammer auch disziplinarrechtlich zu verfolgen ist.