

Formular zur Eintragung in die Vertreterbörse im Burgenland

Titel, Vorname, Zuname:	
Zahnarzt-Nr:	
Telefonnr. /Mobil:	
Emailadresse:	

In welchen Bezirken möchten Sie vertreten?

Hiermit bestätige ich, dass ich ab sofort in der Vertretungsliste für das Burgenland geführt werde und im Falle einer möglichen Stelle telefonisch oder schriftlich darüber informiert werden möchte.

Datum

Unterschrift