

# 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