

# VERTRETUNGSBESTÄTIGUNG

(auszufüllen vom zu vertretenden Arzt/Ärztin)

Name: .....

Adresse: .....

PLZ-Ort: .....

Tel.: .....

E-mail: .....

Ich bestätige hiermit, dass mich

Frau/Herr Dr. ....

in der Zeit von ..... bis .....

insgesamt ..... Tage in meiner Ordination vertreten hat.

Datum

Unterschrift

Stampiglie

## **ACHTUNG:**

**Die Nachweise sind unmittelbar nach erbrachter Vertretung bzw. bis längstens 15. März des folgenden Kalenderjahres in der Kammer vorzulegen und werden abgestempelt bzw. abgezeichnet. Die 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.**

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

Erstellt: Milinski	Geprüft: Polster	Freigabe: Holzgruber	Änderung: Rupprecht-W.
Datum: 21.10.2016	Datum: 15.05.2018	Datum: 15.05.2018	Datum: 15.05.2018