

.....
Name des/der vertretenen Vertragskieferorthopäden/Vertragskieferorthopädin

.....
Ordinationsadresse

KFO-Vertretungsbestätigung

Zum Vertreter eines Vertragskieferorthopäden kann nur ein Zahnarzt bestellt werden, der die Voraussetzungen nach § 25 Abs. 1 KFO-GV erfüllt.

Eine Vertretungstätigkeit in einer Vertragskieferorthopädiepraxis im Sinne des Pkt. VI A. 2. der Richtlinie für die Auswahl von VertragskieferorthopädInnen liegt vor, wenn der/die zu vertretende Vertragskieferorthopäde/Vertragskieferorthopädin an einem seiner/ihrer (vertraglich vereinbarten) Ordinationstage

- persönlich verhindert ist, die vertragliche KFO-Tätigkeit auszuüben (Abwesenheit zB wegen Urlaub, Krankheit, Fortbildung, Karenz usw.),
- die Vertretung in der Vertragsordination des abwesenden Vertragskieferorthopäden erfolgt und
- die Vertretung am Ordinationstag des abwesenden Vertragskieferorthopäden die gesamte vertraglich vereinbarte Ordinationszeit oder mindestens 4 Stunden umfasst

Ich bestätige hiermit, dass mich Herr/Frau

an den nachstehend angeführten Tagen – unter Einhaltung der oben angeführten Kriterien - vertreten hat:

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine unrichtige Bestätigung von Vertretungstagen strafrechtliche Konsequenzen und - falls dadurch ein/eine andere(r) BewerberIn benachteiligt wird – schadenersatzrechtliche Folgen hat.

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel
des/der vertretenen Vertragskieferorthopäden