

[Redacted area]

Name des Vertragszahnarzt/-ärztin

[Redacted area]

Ordinationsadresse

Dient zur Vorlage bei der:

Landes
Zahnärztekammer
Oberösterreich

Spittelwiese 8/1
4020 Linz
Tel. 050511-4010
Fax 050511-4014
E-Mail: office@ooe.zahnaerztekammer.at

Vertretungsbestätigung

Hiermit bestätige ich, dass mich

[Redacted area]

in meiner Ordination im Zuge meiner Kassenzahnarztstätigkeit

- am/vom [Redacted] bis [Redacted] an insgesamt [Redacted] Tagen vertreten hat.
- am/vom [Redacted] bis [Redacted] an insgesamt [Redacted] Tagen vertreten hat.
- am/vom [Redacted] bis [Redacted] an insgesamt [Redacted] Tagen vertreten hat.
- am/vom [Redacted] bis [Redacted] an insgesamt [Redacted] Tagen vertreten hat.
- am/vom [Redacted] bis [Redacted] an insgesamt [Redacted] Tagen vertreten hat.

im Zuge meines Bereitschaftsdienstes

- am/vom [Redacted] bis [Redacted] an insgesamt [Redacted] Tagen vertreten hat.
- am/vom [Redacted] bis [Redacted] an insgesamt [Redacted] Tagen vertreten hat.
- am/vom [Redacted] bis [Redacted] an insgesamt [Redacted] Tagen vertreten hat.
- am/vom [Redacted] bis [Redacted] an insgesamt [Redacted] Tagen vertreten hat.
- am/vom [Redacted] bis [Redacted] an insgesamt [Redacted] Tagen vertreten hat.

[Redacted area]

Datum

[Redacted area]

Unterschrift und Vertragszahnarztstempiglie