

.....  
Name des/der vertretenen Vertragszahnarztes/zahnärztin

.....  
Ordinationsadresse

### Vertretungsbestätigung

Eine Vertretungstätigkeit in einer §-2 Vertragszahnarztpraxis im Sinne des Pkt. 2 der Richtlinie für die Auswahl von VertragsfachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, VertragszahnärztInnen und VertragsdentistInnen liegt vor, wenn der/die zu vertretende Vertragszahnarzt/zahnärztin an einem seiner/ihrer (vertraglich vereinbarten) Ordinationstage

- persönlich verhindert ist, die vertragliche Tätigkeit auszuüben (Abwesenheit zB wegen Urlaub, Krankheit, Fortbildung usw.),
- die Vertretung in der Vertragsarztordination des abwesenden Vertragsarztes erfolgt und
- die Vertretung am Ordinationstag des abwesenden Vertragsarztes 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/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an 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 Vertragszahnarztes/ärztin