

.....
Hauptverbandsnummer

.....
Titel, Name

.....
Ordinationsadresse

Vertragspartner seit:

....., am

Ergeht an:

- Ärztekammer für Steiermark
- Geschäftsausschuss der steir. § 2-Krankenversicherungsträger
- Sonderversicherungsträger (BVA, VAEB, SVA, KFA-Graz, KFA-Wien)

Antrag auf erweiterte Stellvertretung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich beantrage die **erweiterte Stellvertretung** ab für die Dauer von

.....

Eine erweiterte Stellvertretung wird aus folgenden Gründen beantragt:

.....

Neben der Ordinationstätigkeit übe ich folgende Nebenbeschäftigungen aus:

.....

.....
Stunden/Woche

Meine Vertretung übernimmt:

.....
Titel, Name

.....
Wohnadresse

.....
Ordinationsadresse (bei eigener Ordination)

Mit freundlichen Grüßen

.....
Unterschrift, Stampiglie