

.....
Titel, Name

.....
Ordinationsadresse

.....
Wohnadresse

Tel.Nr.:

Geb. Datum

Niedergelassen als

....., am

Österreichische Gesundheitskasse
Josef Pongratz-Platz 1
A-8010 Graz

ANTRAG AUF REZEPTURBEFUGNIS

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich ersuche höflich um Zuerkennung einer Rezepturbefugnis

ab

Mit freundlichen Grüßen

.....
Unterschrift, Stampiglie

<p>Das Ansuchen ist an die Ärztekammer für Steiermark, Kaiserfeldgasse 29, 8010 Graz zu senden! E-mail: nglaerzte@ekstmk.or.at</p>	<p>Fax.: (0316) 8044-135</p>
--	-------------------------------------