

.....  
**Name**

.....  
**Wohnadresse**

**Tel.Nr.:** .....

**Geb. Datum** .....

**Fachbezeichnung:** .....

....., am .....

Österreichische Gesundheitskasse  
z. H. Frau Mag. Hartner  
Josef Pongratz-Platz 1  
A-8011 Graz

## **ANTRAG AUF REZEPTURBEFUGNIS FÜR PENSIONIERTE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich ersuche höflich um Zuerkennung einer Rezepturbefugnis

**ab** .....

Mit freundlichen Grüßen

.....

**Unterschrift, Stampiglie**

<p><b>Das Ansuchen ist an die Ärztekammer für Steiermark, Kaiserfeldgasse 29, 8010 Graz zu senden!</b> <b>E-mail: <a href="mailto:nGl.aerzte@aekstmk.or.at">nGl.aerzte@aekstmk.or.at</a></b> <b>Fax.: (0316) 8044-135</b></p>
---