

.....  
**Name des FA für ZMK / Zahnarztes**

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

.....  
**Straße, Hausnummer der Ordination**

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

.....  
**Postleitzahl, Ort der Ordination**

An die  
**LANDESZAHNÄRZTEKAMMER FÜR  
STEIERMARK**  
Marburger Kai 51 / 2  
8010 Graz

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

**ANTRAG**  
**auf Rezepturbefugnis mit der**  
**Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Als hauptberuflicher **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Wahlfacharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Wahlzahnarzt

ersuche ich um Zuerkennung einer Rezepturbefugnis

**ab ..... (bitte genaues Datum anführen).**

Ich bestätige, dass ich neben meiner Wahlzahnarztpraxis kein Anstellungsverhältnis habe bzw. dieses Anstellungsverhältnis unter 15 Wochenstunden liegt.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
*Unterschrift, Stampiglie*