

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

.....
Tel.Nr.:

.....
Straße, Hausnummer der Ordination

.....
Geb. Datum

.....
Postleitzahl, Ort der Ordination

.....
Straße, Hausnummer der Wohnung

.....
Postleitzahl, Ort der Wohnung

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

....., am

zur Weiterleitung an die Stmk. Gebietskrankenkasse

ANTRAG AUF REZEPTURBEFUGNIS

Sehr geehrte Damen und Herren!

Als hauptberuflicher **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Wahlfacharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Wahlzahnarzt

ersuche ich, gemäß Rundschreiben der Ärztekammer für Steiermark vom 27. Juli
1998, um Zuerkennung einer Rezepturbefugnis

ab (bitte genaues Datum anführen).

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift, Stampiglie