

.....  
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

**ANTRAG**  
**auf Rezepturbefugnis mit der**  
**Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,**  
**Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)**

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

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

*Unterschrift, Stampiglie*