

.....
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