

.....  
**Hauptverbandsnummer**

.....  
**Titel, Name**

.....  
**Ordinationsadresse**

**Vertragspartner seit:** .....

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

Ergeht an:

- Ärztekammer für Steiermark
- Geschäftsausschuss der steir. § 2-Krankenversicherungsträger
- Sonderversicherungsträger (BVA, VAEB, SVA, KFA-Graz, KFA-Wien)

## **Antrag auf erweiterte Stellvertretung**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich beantrage die **erweiterte Stellvertretung** ab ..... für die Dauer von

.....

Eine erweiterte Stellvertretung wird aus folgenden Gründen beantragt:

.....

Neben der Ordinationstätigkeit übe ich folgende Nebenbeschäftigungen aus:

.....

.....  
Stunden/Woche

Meine Vertretung übernimmt:

.....  
**Titel, Name**

.....  
**Wohnadresse**

.....  
**Ordinationsadresse (bei eigener Ordination)**

Mit freundlichen Grüßen

.....  
**Unterschrift, Stampiglie**