

.....
 Name des/der vertretenen Vertragsarztes/ärztin
 bzw. der Vertragsgruppenpraxis

mit angeschlossenen Institut: JA NEIN (zutreffendes ist anzukreuzen!)

.....
 Ordinationsadresse

**Bestätigung über Vertretungstätigkeiten bei einem
 § 2 Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis
 der Fachgruppe Radiologie
 für Bewerbungen um Kassenstellen in Oberösterreich**

Eine Vertretungstätigkeit in einer §-2 Vertragsarztpraxis/Vertragsgruppenpraxis im Sinne des Pkt. 3 der Richtlinie für die Auswahl von VertragsärztInnen und Vertragsgruppenpraxen bzw. von Mitgliedern von Vertragsgruppenpraxen liegt vor, wenn der/die zu vertretende Vertragsarzt/ärztin an einem seiner/ihrer (vertraglich vereinbarten) Ordinationstage

- persönlich verhindert ist die vertragliche Tätigkeit auszuüben (Abwesenheit zB wegen Urlaub, Krankheit, Fortbildung usw.)
- die Vertretung in der Vertragsarztordination des/der abwesenden Vertragsarztes/ärztin erfolgt und
- die Vertretung am Ordinationstag des abwesenden Vertragsarztes/ärztin die gesamte vertraglich vereinbarte Ordinationszeit oder mindestens 4 Stunden umfasst.

Ich bestätige hiermit, dass mich Herr/Frau
 an den nachstehend angeführten Tagen – unter Einhaltung der oben angeführten Kriterien - vertreten hat:

Die Vertretungen sind pro Tag / Maximal vom 1.1. -31.12 desselben Jahres zu bestätigen.

am/von (1.1.)	bis (31.12. <small>gleiches Jahr</small>)	Anzahl der Tage im Zeitraum	Vertretungsarzt war in dieser Zeit im angeschlossenen Institut angestellt	
			<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
			<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
			<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
			<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
			<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
			<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
			<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
			<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine unrichtige Bestätigung von Vertretungstagen strafrechtliche Konsequenzen und - falls dadurch ein/eine andere(r) BewerberIn benachteiligt wird – schadenersatzrechtliche Folgen hat.

Datum

.....
 Unterschrift und Stempel
 des/der vertretenen Vertragsarztes/ärztin