

VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

**für die Behandlung der bei der OÖ Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge, Kranken-
fürsorge für oö Landesbedienstete, Krankenfürsorge für oö Gemeinden und den
Krankenfürsorgen für Beamte der Städte Linz, Steyr und Wels anspruchsberechtigten
Mitglieder und deren Familienangehörigen**

Ich verpflichte mich, die zwischen der Ärztekammer für Oberösterreich und den oben
angeführten Krankenfürsorgeanstalten geschlossene Vereinbarung idgF als für mich
bindend anzuerkennen.

Datum und Ort

Stampiglie und Unterschrift des Arztes