

VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

für die Behandlung sozialhilfebedürftiger Personen

Ich verpflichte mich, den zwischen der Oberösterreichischen Landesregierung und der Ärztekammer für Oberösterreich geschlossenen Vertrag idgF als für mich bindend anzuerkennen.

Datum und Ort

Stampiglie und Unterschrift des Arztes