

.....
Name

.....
Wohnadresse

Tel.Nr.:

Geb. Datum

Fachbezeichnung:

....., am

Österreichische Gesundheitskasse
Versorgungsmanagement 1
Josef Pongratz-Platz 1
A-8010 Graz

ANTRAG AUF REZEPTURBEFUGNIS FÜR PENSIONIERTE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich ersuche höflich um Zuerkennung einer Rezepturbefugnis

ab

Mit freundlichen Grüßen

.....
Unterschrift, Stampiglie

<p>Das Ansuchen ist an die Ärztekammer für Steiermark, Kaiserfeldgasse 29, 8010 Graz zu senden! Telefax: 0316/8044-135 E-Mail: ngl.aerzte@aekstmk.or.at</p>
