

Antrag um Durchführung der

VORSORGEUNTERSUCHUNG

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Ordinationsort: _____

Fach: _____

Bankverbindung

IBAN: _____

BIC: _____

An die
Ärztchammer für Kärnten
St.-Veiter-Straße 34
9020 Klagenfurt

Sehr geehrte Damen und Herren !

Ich ersuche die Ärztekammer für Kärnten, mir den Vertrag mit allen Kassen für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung zu vermitteln.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bitte beilegen: Nachweis der Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung
Praxisnachweis