

**Formular zur Eintragung in die  
„Praxisvertretungsbörse“**

**Suche Praxisvertreter**

**übernehme Praxisvertretungen**

Name und Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Tel./e-mail: .....

Fach: .....

Diplome/Zertifikate: .....

Zeitraum: von: .....bis: .....

- einzelne Tage
- ganze Woche
- längerer Zeitraum

Region: .....

Um diese Liste möglichst aktuell zu halten, werden Sie ersucht, sich alle drei Monate (gerechnet ab Tag der Eintragung) bei der Ärztekammer für Tirol zu melden. Tel.: 0512/52 0 58/DW 119 Fr. Schrantz oder per e-mail: [schrantz@aektiroel.at](mailto:schrantz@aektiroel.at) ansonsten erfolgt eine automatische Löschung Ihres Eintrages.