

ANTRAG AUF **STREICHUNG** AUS DER REIHUNGSLISTE

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

An die  
Ärztelammer für Kärnten  
St. Veiter Straße 34  
9020 Klagenfurt  
Fax: 0463/514222

Klagenfurt, \_\_\_\_\_

Ich ersuche um **STREICHUNG** aus der Reihungsliste für

Ärzte für Allgemeinmedizin

Fachärzte für \_\_\_\_\_

in folgenden Städten/Orten:

1.) \_\_\_\_\_

4.) \_\_\_\_\_

2.) \_\_\_\_\_

5.) \_\_\_\_\_

3.) \_\_\_\_\_

6.) \_\_\_\_\_

Die Richtlinien für die Auswahl und die Invertragnahme von Vertragsärzten – verlautbart im Internet unter [www.aekktn.at](http://www.aekktn.at) - Infos - Reihungsbestimmungen - habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*