

Tausch/Abgabe von Notdiensten

Abgebende Praxis:

Name: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Datum des getauschten/abgegebenen Notdienstes: _____

Datum des Ersatznotdienstes (nur bei Notdiensttausch): _____

Unterschrift abgebende(r) Tierarzt/Tierärztin

Übernehmende Praxis:

Name: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Ich verpflichte mich, obengenannten Notdienst zu übernehmen und gemäß der Berufsordnung der Tierärztekammer des Saarlandes durchzuführen.

Unterschrift übernehmende(r) Tierarzt/Tierärztin

Bitte das ausgefüllte Formular per eMail oder Fax an die Geschäftsstelle senden!
e-Mail: tieraerztekammer@t-online.de Fax: 06824-6640