

Arzt ggf. in Weiterbildung sucht Praxis zur Kooperation Praxisbörse Sachsen-Anhalt

Persönliche Angaben

[_____] [_____] [_____]
Nachname Vorname Geburtsdatum

[_____] [_____]
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

[_____] [_____] [_____]
Erreichbarkeit Festnetz Mobil Email

Fachgebiet 1 [_____] Fachgebiet 2 [_____]

Schwerpunkt [_____]

Zusatzbezeichnungen [_____]

Suche nach Praxis zur Aufnahme als (Art der Kooperation):

- Arzt in Weiterbildung
- Facharzt in Anstellung
- Partner zur Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

Kurzbeschreibung der Praxis und Vorstellung der Zusammenarbeit (Ausstattung und Leistungsspektrum der Praxis, Umfang der Tätigkeit u.a.) :

[_____]
[_____]
[_____]
[_____]
[_____]
[_____]
[_____]

Standort der Praxis: Großstadt Kleinstadt Land

mit konkretem Ortswunsch:

[_____] [_____]
konkreter Standort Region

Ohne konkretem Ortswunsch

Zeitraum der Zusammenarbeit

von [_____] bis [_____]

unbegrenzt

Ja, ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten durch die KV Sachsen-Anhalt (KV) in der Praxisbörse der KV aufgenommen werden, gespeichert und für die Vermittlungsarbeit der Praxisbörse genutzt werden können. Wenn eine Praxis mit meinen Vorstellungen gefunden wurde, gibt die KV Informationen über meine Daten an den Praxisinhaber weiter, so dass dieser Kontakt mit mir aufnehmen kann.

Alle angebotenen Leistungen sind für mich kostenlos. Die KV wird von mir ermächtigt meine angegebenen Daten zu oben genannten Zwecken weiterzugeben. Der Empfänger wird verpflichtet die Daten ebenfalls nur für den genannten Zweck zu verwenden.

Ich bin verpflichtet bei erfolgreicher Suche die KV zu unterrichten und mein Suchangebot selbst zurückzuziehen. Habe ich eine Zulassung oder Anstellung erhalten, wird das Angebot automatisch aus der Praxisbörse entfernt.

Unterschrift

[_____]

Ort, Datum

[_____]

Unterschrift