

Praxisinhaber sucht Kooperationspartner Praxisbörse Sachsen-Anhalt

[_____]
Nachname

[_____]
Vorname

[_____]
Praxisstandort, PLZ

[_____]
Email

Fachgebiet 1* [_____] Fachgebiet 2 [_____]

Schwerpunkt [_____]

Besonderheiten [_____]

Suche nach (Art der Kooperation):

Arzt in Weiterbildung im Fachgebiet [_____]

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
Einwohnerzahl des Ortes [_____] mit umliegenden Orten [_____]

Zeitraum der Zusammenarbeit
von [_____] bis [_____]

unbegrenzt

Sonstige Angaben zur Praxis:

Alter der Praxis [_____] Jahre Anzahl der Sprechzimmer [_____]

Durchschnittsalter der Praxiseinrichtung [_____] Jahre Anbindung an Klinik ja nein

Größe der Praxis [_____] qm Parkplätze vorhanden ja nein

Anzahl Personal Vollzeit [___] Teilzeit [___] Minijob [___]

Ja, ich möchte mein Suchangebot für einen Kooperationspartner anonym durch die KV Sachsen-Anhalt (KV) in der Praxisbörse der KV und anderen angebundenen Praxisbörsen anderer Anbieter veröffentlicht wissen. Dabei wird üblicherweise das Fachgebiet, der Standort und die ersten 2 oder 3 Zahlen der Postleitzahl, ggf. noch die Fallzahl veröffentlicht. Wenn ein Interessent gefunden wurde, nimmt die KV oder der Betreiber der angebundenen Praxisbörse mit mir direkt Kontakt auf.

Alle angebotenen Leistungen sind für mich als Mitglied der KV 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.

Unterschrift

[_____]

Ort, Datum

[_____]

Unterschrift