



Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Dresden
Abteilung Sicherstellung
Postfach 10 06 41
01076 Dresden

Fax-Nr. 0351 8828 199

Posteingangsstempel

AUFNAHMEFORMULAR PRAXIS- UND STELLENBÖRSE – ANGEBOTE

Fachrichtung _____

ggf. Schwerpunkt _____

BSNR _____ **LANR** _____

Versorgungsbereich (bitte ankreuzen bei Internisten) hausärztlich fachärztlich

Planungsbereich _____

ggf. Ort _____

Suche¹:

- Nachfolger für die Übernahme einer Einzelpraxis
- Nachfolger für die Übernahme Anteil einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis/Medizinisches Versorgungszentrum)
- Nachfolger für den halben Praxissitz
- Kooperationspartner (Praxisgemeinschaft/Berufsausübungsgemeinschaft)
- angestellten Arzt/Psychotherapeuten
- Kooperationspartner für die Bildung einer Job-Sharing-BAG (Zulassungsbeschränkungen)
- angestellten Arzt/Psychotherapeuten im Job-Sharing (Zulassungsbeschränkungen)

bei Anstellung: Vollzeit Teilzeit

Mein Wunschtermin für eine Praxisabgabe/den Beginn der Kooperation ist der _____

¹ Mehrfachnennung möglich

Die Angaben der folgenden Daten für die Veröffentlichung in der Praxisbörse im Internetauftritt der KV Sachsen sind freiwillig. Sie erleichtern und beschleunigen jedoch die Suche nach einem Nachfolger oder einem Partner.

(selbstverständlich kann die Angabe dieser Daten auch selektiv erfolgen)

Die Praxisräume sind gemietet
 befinden sich im Eigentum

Größe der Praxisräume _____qm

eigene Parkmöglichkeiten vorhanden: ja: nein:

zu übernehmender Personalbestand:

Vollzeitkräfte: _____

Teilzeitkräfte: _____

Weiterbildungsassistenten: _____

angestellte Ärzte: _____ Fachrichtung: _____

Auszubildende: _____

Profil der Praxis (z.B. Zusatzbezeichnung, Leistungsspektrum)

sonstige Bemerkungen

Angaben zur Person:

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Kontaktadresse (Privat- oder Praxisanschrift):

Vor- und Zuname _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Tel. _____ Fax _____
Mobil _____ E-Mail _____

Die Veröffentlichung Ihrer Anzeige erfolgt auf der Internetseite der KV Sachsen (www.kvs-sachsen.de) in der Regel mit einer Registriernummer. Ihre persönlichen Daten können durch den Interessenten bei der Bezirksgeschäftsstelle telefonisch oder per E-Mail erfragt werden. Dem Interessenten werden Ihr Name und Ihre E-Mailadresse mitgeteilt.

Ich wünsche die Veröffentlichung meiner persönlichen Daten (Name und E-Mailadresse) im Internetauftritt der KV Sachsen (www.kvs-sachsen.de).

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name _____
Straße _____
PLZ/Ort _____ Tel./Mobil _____

Dauer der Veröffentlichung:

Ich wünsche die Veröffentlichung der Anzeige für

- 3 Monate
 6 Monate.

Die bei uns eingetragenen persönlichen Daten werden entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen nur durch die Mitarbeiter des Bereichs Sicherstellung der KVS an Ärzte/Psychotherapeuten weiter gegeben.

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Daten im Internetauftritt der KV Sachsen (www.kvs-sachsen.de) sowie der Weitergabe meines Namens und meiner E-Mail-Adresse an Interessenten zu.

Datum, Stempel, Unterschrift

Hinweis: Bitte haben Sie Verständnis, dass die Veröffentlichung Ihres Anzeigewunsches einige Tage in Anspruch nehmen wird. Sobald die Anzeige freigeschaltet ist, erhalten Sie von uns per E-Mail eine Benachrichtigung.