



Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz
Abteilung Sicherstellung
Postfach 1164
09070 Chemnitz

Fax-Nr. 0371 2789491

Posteingangsstempel

AUFNAHMEFORMULAR PRAXIS- UND STELLENBÖRSE – GESUCHE

Fachrichtung _____

ggf. Schwerpunkt _____

Versorgungsbereich (bitte ankreuzen bei Internisten) hausärztlich fachärztlich

Suche¹:

- Übernahme einer Einzelpraxis
- Anteil in einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis/Medizinisches Versorgungszentrum)
- Übernahme eines halben Praxissitzes
- Anstellung Vollzeit Teilzeit
- Tätigkeit einer Praxisvertretung

Wunschtermin für eine Praxisübernahme/-kooperation/Anstellung: _____

Tätigkeitsaufnahme ist geplant im Planungsbereich: _____

ggf. Ort: _____

(bei mehreren Planungsbereichen bitte Ankreuzfelder verwenden)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chemnitz-Stadt | <input type="checkbox"/> Zwickau-Stadt | <input type="checkbox"/> Plauen-Stadt/Vogtlandkreis |
| <input type="checkbox"/> Annaberg | <input type="checkbox"/> Aue-Schwarzenberg | <input type="checkbox"/> Chemnitzer Land |
| <input type="checkbox"/> Döbeln | <input type="checkbox"/> Freiberg | <input type="checkbox"/> Mittlerer Erzgebirgskreis |
| <input type="checkbox"/> Mittweida | <input type="checkbox"/> Stollberg | <input type="checkbox"/> Zwickauer Land |

¹ Mehrfachnennung möglich

Profil (z.B. bisherige Tätigkeiten, Zusatzbezeichnung → Qualifikationsnachweis in Kopie):

sonstige Bemerkungen:

Angaben zur Person:

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Kontaktadresse:

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 _____

Anmerkungen:

Ich bin im Arztregister der KV _____ unter der Nummer (ENR) _____ eingetragen. Eine Kopie des Arztregisterauszuges ist beigelegt.

Ich bin nicht im Arztregister eingetragen. Eine Kopie der Approbations- und Facharzturkunde (für Psychoth.: Fachkundenachweis) ist beigelegt.

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, Unterschrift

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