



AUFNAHMEFORMULAR PRAXISBÖRSE – GESUCH

Fachrichtung*

ggf. Schwerpunkt

Versorgungsbereich*

hausärztlich

fachärztlich

ggf. Planungsbereich

ggf. Ort

Bitte wählen Sie Ihre Region* aus:

Chemnitz, Stadt

Dresden, Stadt

Leipzig, Stadt

Erzgebirgskreis

Mittelsachsen

Vogtlandkreis

Zwickau

Bautzen

Görlitz

Meißen

Leipzig (Landkreis)

Nordsachsen

Sächsische Schweiz-Osterzgebirge

Suche (Mehrfachnennung möglich):

Übernahme einer Einzelpraxis

Anteil in einer Berufsausübungsgemeinschaft

Übernahme eines halben Praxissitzes

Medizinisches Versorgungszentrum

Wunschtermin für eine Praxisübernahme/-kooperation

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

Gewünschter Anzeigetext (optional)**Angaben zu Ihrer Person:**

Vor- und Zuname*

Privatanschrift

Praxisanschrift*

Tel./Mobilfunknummer*

Fax

E-Mail*

Website

Zur Veröffentlichung Ihrer Daten

Die Veröffentlichung Ihrer Anzeige erfolgt auf der Internetseite der KV Sachsen (www.kvsachsen.de) mit einer Inseratsnummer. Sie können sich entscheiden, ob Ihre Daten anonym oder direkt im Inserat veröffentlicht stehen.

Ich möchte, dass meine Kontaktdaten wie folgt veröffentlicht werden

anonym (keine Angabe im Inserat)

Ich wünsche die Veröffentlichung meiner zur Weitergabe freigegebenen persönlichen Daten im Internetauftritt der KV Sachsen (www.kvsachsen.de). Ich stimme der Veröffentlichung folgender Daten zu:

Vor- und Zuname

Praxisanschrift

Praxisort

E-Mail

Tel./Mobilfunknummer

Website

Interessenten können mit Hilfe eines Kontaktformulars, den Kontakt zum Inserenten oder zur KVS aufnehmen. Inserenten können wählen, welche Daten dem Kontaktformular hinterlegt sind und welche Kontaktaufnahme Sie bevorzugen. Die hinterlegten Daten erscheinen nicht veröffentlicht.

Ich wünsche folgende Kontaktaufnahme und entsprechende Hinterlegung von Daten im Kontaktformular

Kontaktaufnahme über KVS

Persönliche Kontaktaufnahme durch Hinterlegung meiner persönlichen E-Mail-Adresse im Kontaktformular)

Ihre persönlichen Daten können durch den Interessenten bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle bevorzugt per Kontaktformular oder per E-Mail und ggf. telefonisch erfragt werden.

Ich stimme zu, dass folgende Angaben an die Interessenten weitergegeben werden dürfen:

Vor- und Zuname

und

Privatanschrift

Praxisort

Tel./Mobilfunknummer

Faxnummer

E-Mail

Website

Ggf. dritter Ansprechpartner für Rückfragen bei Kontaktaufnahme gewünscht:

Name

Straße

Tel./Mobil

PLZ/Ort

E-Mail*

Die bei uns eingetragenen persönlichen Daten werden entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen nur durch Mitarbeiter der Abteilung Sicherstellung der KVS an Interessenten weiter gegeben.

Dauer* der Veröffentlichung:

Ich wünsche die Veröffentlichung der Anzeige für

3 Monate

6 Monate.

Sollten Sie eine vorzeitige Beendigung wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit!

Einwilligung zur Nutzung und Weitergabe von Daten

Ich beantrage die Veröffentlichung meines Inseratswunsches auf der KVS-Internetseite in der Praxis- und Stellenbörse unter den voran genannten Bedingungen. Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Eine Veröffentlichung des Inserates ist nur bei Kenntnisnahme und Zustimmung der Nutzungsbedingungen möglich.

Ich versichere die Datenschutzerklärung und die Nutzungsbedingungen der Praxis- und Stellenbörse der KV Sachsen **gelesen und akzeptiert** zu haben.

Datum, Unterschrift

*Pflichtangaben