

Registrierung Mediziner

Nachname: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Str.: _____ Nr.: _____ Plz.: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Telefon beruflich _____ Erreichbar: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____ angestellt _____ niedergelassen _____ freiberuflich

Klinik / Krankenhaus / Praxis: _____

Ort: _____

Funktion: _____

Abteilung für: _____

Sonstige Tätigkeiten und Funktionen: _____

Datum der Approbation: _____

Datum Facharztanerkennung: _____

Gemeldet bei Ärztekammer: _____

Zusatzqualifikationen: _____

Fachkundenachweise: _____

Erfahrungen in: _____ Monate

_____ Monate

_____ Monate

Vertretung erwünscht als: _____

Vertretungspräferenzen: _____

Zeitlich und örtlich ohne Einschränkung: _____, oder

nur best. Regionen, vorzugsweise: _____, oder

nur best. Zeitraum, vorzugsweise: _____

Honorar:

Honorarerwartung: _____ pro Stunde _____ pro Tag

Bankinstitut: _____ BLZ: _____ Konto: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____