

# Registrierung Mediziner

Bitte per Fax an: 0421 – 620 320-20

## Persönliche Daten und Anschrift:

|                    |       |               |       |
|--------------------|-------|---------------|-------|
| Nachname:          | _____ | Vorname:      | _____ |
| Titel:             | _____ | Geburtsdatum: | _____ |
| Strasse + Nr.:     | _____ | PZL / Ort     | _____ |
| Telefon privat:    | _____ | Mobil:        | _____ |
| E-Mail:            | _____ | Fax:          | _____ |
| Telefon dienstl. : | _____ | Erreichbar :  | _____ |

## Angaben zur gewünschten Vertretung:

Vertretung erwünscht als: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Vertretung: \_\_\_\_\_

Örtliche Vertretungspräferenzen: \_\_\_\_\_

Übernahme von Bereitschaftsdiensten:  ja  nein  nach individueller Absprache

Übernahme von Wochenenddiensten:  ja  nein  nach individueller Absprache

## Honorar:

Honorarerwartung (in €): \_\_\_\_\_ pro Stunde \_\_\_\_\_ pro Tag

Bankverbindung und BLZ: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

**Derzeitige Tätigkeit**  angestellt  niedergelassen  freiberuflich

Klinik / Krankenhaus / Praxis

Ort: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Abteilung für: \_\_\_\_\_

Zeitraum (von-bis) \_\_\_\_\_

Sonstige derzeitige Tätigkeiten und Funktionen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Qualifikation**

Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

Datum der Facharztanerkennung: \_\_\_\_\_

Gemeldet bei Ärztekammer: \_\_\_\_\_

Zusatzqualifikationen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Fachkundenachweise: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erfahrung in:

1. \_\_\_\_\_ Monate: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Monate: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Monate: \_\_\_\_\_

**Bitte reichen Sie uns für eine vollständige Übersicht Ihrer beruflichen Qualifikation und Berufserfahrungen zusätzlich einen Lebenslauf ein. Vielen Dank!**

Die AGB Penum Medical GmbH wurden gelesen und werden akzeptiert:

 ja  nein

Wie sind Sie auf Penum Medical aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Wir danken Ihnen für die Registrierung und werden Ihnen künftig Ihren Qualifikationen entsprechende Vertretungsangebote zusenden!**

**Penum Medical GmbH, Zur Westpier 18, 28755 Bremen, [www.penum-medical.de](http://www.penum-medical.de)**

