

# BIETE ANSTELLUNG

Sie wollen eine Anzeige schalten, um auch selbst von jungen, niederlassungswilligen Ärzt\*innen gefunden zu werden?

Wenn Sie Schwierigkeiten beim Erstellen einer Anzeige haben - helfen wir Ihnen gerne.  
 Füllen Sie das Formular aus und schicken es an die entsprechende Mail/Fax-Adresse.

**Anmerkung: Mit Stern\* markierte Felder sind Pflichtfelder.**

## Stammdaten\*

Name, Vorname	_____	E-Mail	_____
Titel	_____	Telefon	_____
Ich bin Inhaber einer Arzt/Psychotherapiepraxis	<input type="checkbox"/>	KVWL-Mitglied	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Praxisdaten

Name der Praxis*	_____	PLZ   Ort*	_____
Straße & Haus-Nr.*	_____	Webseite	_____
Kreis*	_____	Fax	_____
Telefon	_____	Schwerpunkt*	_____
Fachgebiet der Praxis*	_____		

**Nachstehende Informationen zu Praxistyp, Lehrpraxis, Praxisstandort, Verkehrsanbindungen sowie Praxisdetails erscheinen in jeder von Ihnen erstellten Anzeige.**

<b>Praxistyp*</b>	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft
	<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum	<input type="checkbox"/> üBAG
	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis (BAG)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gründung der Praxis (Jahresangabe)

<b>Akademische Lehrpraxis</b>	Bezeichnung	_____
	Praxis ist für folgende Universität tätig	_____
	Beschreibung des Angebots	_____

**Famulatur-  
praxis**

ja  nein

**Informationen  
zum  
Praxisstandort**

Landarztpraxis

Krankenhaus am Ort

Ortsmitte

Wohngebiet

Vorort

Gewerbegebiet

Praxis am Krankenhaus

**Verkehrs-  
anbindungen**

Eigener Parkplatz

öffentlicher Parkplatz

Keine Angabe

**Angaben  
zu den  
Praxisdetails**

Standortbeschreibung

---

---

Leistungsspektrum

---

---

Beschreibung der Ausstattung

---

---

IGeL & Selbstzahlerleistungen

---

Team & Personalsituation

---

Besonderheiten

---

**Kontaktaufnahme\***

Nur per Chiffre

Per Telefon/Mail  
(diese Daten werden dann veröffentlicht)

Name 

---

Telefon 

---

Mail 

---

**Titel des Inserats\***

---

---

**Inseratstext\***

---

---

Beschäftigungs-  
art\*

Voll- oder Teilzeit  Vollzeit  Teilzeit

zu besetzen ab

Datum (MM JJ; immer zum Quartalsanfang)

Die Anstellung ist befristet

Tätigkeits-  
schwerpunkte\*

---

---

---

---

---

Benötigte  
Qualifikationen\*

---

---

---

---

---

HINWEIS: Gern können Sie uns Praxisfotos als jpg-Datei zuschicken, die wir in die Anzeige einbinden.

### Einverständniserklärung:\*

Ja, ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Angaben in der KVbörse, [www.kvboerse.de](http://www.kvboerse.de), veröffentlicht werden und die KVbörse GbR mich aktiv bei der Suche nach einem Übernehmer unterstützt. Als Mitglied der KVWL entstehen mir dadurch keine Kosten. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die u. g. Kontaktdaten übermitteln.

Ja, ich möchte regelmäßig über aktuelle Veranstaltungen informiert werden und bin damit einverstanden, dass mich die KVbörse GbR für Inhalte und Angebote rund um den Praxisalltag per E-Mail oder per Telefon kontaktieren darf.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft in meinem Profil oder unter [datenschutz@kv-boerse.de](mailto:datenschutz@kv-boerse.de) widerrufen. Weitergehende Nachteile ergeben sich nicht daraus.

#### Datenschutzhinweise:

Die KVbörse GbR, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf, verarbeitet Ihre angegebenen personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der der Abwicklung der Teilnahme oder Anbahnung der Informationsveranstaltungen und der Beratung von Ärzten und löscht sie nach dessen Zweckerreichung, es sei denn, es gelten gesetzliche Aufbewahrungsfristen (z. B. die des Bürgerlichen Gesetzbuches, des Handelsgesetzbuches, der Abgabenordnung, etc.). Ergänzende Informationen erhalten Sie im Internet unter <https://www.kvboerse.de/datenschutz/>.

---

Ort / Datum

Praxisstempel und Unterschrift

Die Checkliste bitte zurücksenden an: Fax 0231-9432-83959 | E-Mail: [info@kv-boerse.de](mailto:info@kv-boerse.de)  
oder Postalisch an: KVWL Consult GmbH (KVbörse), Robert-Schimrigk-Straße 4-6, 44141 Dortmund

