

BIETE PRAXIS

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 | <input type="text"/> | E-Mail | <input type="text"/> |
| Titel | <input type="text"/> | Telefon | <input type="text"/> |
| Ich bin Inhaber einer Arzt/Psychotherapiepraxis | <input type="checkbox"/> | KVWL-Mitglied | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Praxisdaten

| | | | |
|------------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Name der Praxis* | <input type="text"/> | PLZ Ort* | <input type="text"/> |
| Straße & Haus-Nr.* | <input type="text"/> | Webseite | <input type="text"/> |
| Kreis* | <input type="text"/> | Fax | <input type="text"/> |
| Telefon | <input type="text"/> | Schwerpunkt* | <input type="text"/> |
| Fachgebiet der Praxis* | <input type="text"/> | | |

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

Praxistyp*

| | |
|---|--|
| <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) |

Akademische Lehrpraxis

| | |
|---|----------------------|
| Bezeichnung | <input type="text"/> |
| Praxis ist für folgende Universität tätig | <input type="text"/> |
| Beschreibung des Angebots | <input type="text"/> |

**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*

Angaben
zum
abzugebenden
Praxissitz*

Ganzer Sitz Halber Sitz

Arztstz samt Praxis abgeben ja nein

Informationen
zu
Arztstzabgabe
samt Praxis

Praxis im Ärztehaus Praxis in Wohn-/Geschäftshaus

Praxis in eigener Immobilie Praxis in Praxisgemeinschaft

Größe in m² Anzahl der Behandlungsräume

Etage Fahrstuhl vorhanden ja nein

Anzahl der Mitarbeiter

Vollzeit Teilzeit Ausbildung Minijob Angestellte Ärzte

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

Angaben
zum
Kaufpreis

Frühester Abgabetermin*
Datum (MM JJ; immer zum Quartalsanfang)

Kaufpreis _____ € Verhandlungssache

Durchschnittlicher GKV Umsatz pro Jahr _____ €

Wirtschaftliche
Angaben

Knappschaftsarzt ja nein

Durchschnittliche
Fallzahl* gering durchschnittlich hoch

Privatanteil* gering durchschnittlich hoch

Einverständniserklärung:*

Ja, ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Angaben in der KVbörse, 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.

Bitte beachten Sie:

Das offizielle Ausschreibungsverfahren im gesperrten Planungsbereich wird durch die Anzeige nicht ersetzt. Nehmen Sie hierzu bitte Kontakt mit der Praxisberatung der KVWL auf. Für die von Ihnen gemachten Angaben wird keine Haftung übernommen.

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 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
oder Postalisch an: KVWL Consult GmbH (KVbörse), Robert-Schimrigk-Straße 4-6, 44141 Dortmund

