

SUCHE PRAXIS

Stammdaten

Name, Vorname _____ E-Mail _____

Titel _____ Telefon _____

Straße | Hausnummer _____ PLZ | Ort _____

Ich bin Inhaber einer Arzt/Psychotherapiepraxis ja nein

KV-Mitglied Westfalen-Lippe ja nein

Angaben zur Inseratsaufgabe

Kontaktaufnahme

Nur per Chiffre

Per Telefon/Mail
(diese Daten werden dann veröffentlicht)

Name _____

Telefon _____

Mail _____

Fachgebiet _____

Schwerpunkt _____

Angaben zum gewünschten Arztsitz Ganzer Sitz

Halber Sitz

Kreise,
die für Ihre
zukünftige
Tätigkeit
in Frage kommen

Bielefeld

Bochum

Borken

Bottrop

Coesfeld

Dortmund

Ennepe-Ruhr-Kreis

Gelsenkirchen

Gütersloh

Hagen

Hamm

Herford

Herne

Hochsauerlandkreis

Höxter

Lippe

Märkischer Kreis

Minden-Lübbecke

Münster

Olpe

Paderborn

Recklinghausen

Siegen-Wittgenstein

Soest

Steinfurt

Unna

Warendorf

Angaben zur Inseratsaufgabe

Wunsch zur Form
der zukünftigen
Tätigkeit

als eigene Zulassung

als Praxisübernahme

als Praxisgründung

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis (BAG)

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Praxisgemeinschaft

Überörtliche Gemeinschaftspraxis (üBAG)

Nähere Erklärungen

zu den Niederlassungsformen

finden Sie auf:

PRAXISSTART 
WWW.PRAXISSTART.INFO

Für zukünftige Haus- & Fachärzte

Tätigkeits-/
Übernahmebeginn

Datum (MM JJ)

Beruflicher
Werdegang
(freiwillige Angaben)

Wünsche/
Anforderungen
an das zukünftige
Arbeitsfeld
(freiwillige Angaben)

Anzeigenanfragen von externen kaufmännischen Dienstleistern sollen an mich weitergeleitet werden

ja

nein

Die Checkliste bitte zurücksenden an: Fax 0231-9432-83959 | E-Mail: info@kv-boerse.de

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 einer Praxis 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:

Für die von Ihnen gemachten Angaben wird keine Haftung übernommen.

Mit der Aufnahme in der KVbörse sind Sie nicht automatisch auf der Vermittlungsliste der KVWL registriert. Daher empfehlen wir die Kontaktaufnahme zur Praxisberatung der KVWL unter: Tel. 0231-9432-9400 | Mail: praxisberatung@kvwl.de

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

Unterschrift

Die Checkliste bitte zurücksenden an: Fax 0231-9432-83959 | E-Mail: info@kv-boerse.de