

Aufnahmeformular Praxis- und Stellenbörse

Mit dem Ausfüllen dieses Formulars können Sie den Beratungsservice der KV Saarland mit der Vermittlung beauftragen.

Die Vermittlung kann dabei allein im Rahmen der Beratungstätigkeit der KV Saarland, per Chiffre- oder per öffentlicher Anzeige auf der Homepage der KV Saarland erfolgen.

Geben Sie auf Seite 3 bitte an, welche Form der Vermittlungstätigkeit/ Veröffentlichung durch die KV Saarland Sie wünschen.

Allgemeine Angaben zur Ihrem Gesuch:

Ich/ Wir suchen eine/n
(Mehrfachnennung möglich)

- Praxisnachfolger/in
- Partner/in zum Einstieg in Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ
- Kolleg/in zur Anstellung
- Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Gewünschter Zeitpunkt der Praxisübergabe / des Einstiegs:

.....

Fachgruppe:

.....

Praxisform:

(z.B. Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), Praxisgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ))

.....

Versorgungs-/Tätigkeitsumfang:
(Mehrfachnennung möglich)

- Voller Versorgungsauftrag/Vollzeit
- Teilversorgungsauftrag (z.B. hälftig, $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{4}$) /Teilzeit
- Jobsharing

Gewünschter Anzeigentext:

Weitere Angaben zur Praxis (optional):

Umsatz Vorjahr (ca.):

Anteil Privatpatienten im Gesamtumsatz in %:

Durchschnittliche Fallzahl der letzten 4 Quartale:

Ggf. Knappschaftsarzt: Fallzahl pro Quartal ca.:

Größe der Praxisräume beträgt (in m²):

Apotheke am Praxissitz: ja nein

(Bei Praxisübergabe) Praxisräume können
übernommen werden: ja nein

Kontaktdaten (für Interessent/innen)

Praxisname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ansprechpartner/in

Kontaktaufnahme durch Interessierte
kann erfolgen unter folgender **Rufnummer:**

(es können mehrere Rufnummern angegeben werden, z.B. Praxis und
Privat)

Kontaktaufnahme per **E-Mail** kann erfolgen an:
(Ihre E-Mailadresse)

Website der Praxis:

Sonstige Anmerkungen:

.....
.....
.....
.....

Form der Vermittlungstätigkeit/

Veröffentlichung durch die KV Saarland und Einverständnis (Pflichtangabe)*

- nicht öffentlich** (Die KV Saarland soll meine Kontaktdaten ausschließlich im Rahmen von Beratungsgesprächen und auf Anfrage durch Interessent/innen zwecks Kontaktaufnahme weitergeben und mein Gesuch nicht auf ihrer Internetseite veröffentlichen. Ich bin mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten im Rahmen des Beratungsservice zum Zwecke der Kontaktaufnahme durch Interessent/innen einverstanden.)
- Veröffentlichung per Chiffre-Anzeige in anonymisierter Form** (Die KV Saarland soll mein Gesuch per Chiffre-Anzeige in anonymisierter Form unter Verwendung der in diesem Formular gemachten Angaben [Allgemeine Informationen zu Ihrem Gesuch, der von Ihnen gewünschte Anzeigentext und die weiteren Angaben zur Praxis] auf ihrer Homepage veröffentlichen. Melden sich Interessent/innen, so sollen ihnen meine Kontaktdaten zwecks Kontaktaufnahme weitergegeben werden. Ich bin mit diesem Vorgehen einverstanden.)
- Veröffentlichung unter Angabe meiner Kontaktdaten** (Die KV Saarland soll mein Gesuch [Allgemeine Informationen zu Ihrem Gesuch, der von Ihnen gewünschte Anzeigentext und die weiteren Angaben zur Praxis] auf ihrer Homepage unter Angabe meiner Kontaktdaten veröffentlichen. Ich bin mit diesem Vorgehen einverstanden.)

Ende der Veröffentlichung: Bitte geben Sie uns schriftlich an nachwuchs@kvsaarland.de Bescheid, falls wir Ihre Anzeige nicht weiter veröffentlichen sollen.

Datenschutzerklärung (Pflichtangabe)*:

- Ich habe die Datenschutzerklärung (<https://www.kvsaarland.de/datenschutz>) der Kassenärztlichen Vereinigung gelesen und akzeptiert.*

Einverständniserklärung für die Verwendung von Fotos und/oder Videos (Pflichtangabe, sofern Fotos/Videos zur Verfügung gestellt werden)*

Wenn Sie Ihr Gesuch auf der Internetseite der KV Saarland mit Fotos (z.B. von Ihrer Praxis) ergänzen oder Ihre Praxis im Rahmen eines Videos vorstellen möchten, senden Sie uns Bild- und Videomaterial (**Fotos als jpg in möglichst hoher Auflösung, Videos im Standardformat, z.B. MP4, MPEG-4, Mov, FLV etc.**) gerne per Mail an nachwuchs@kvsaarland.de zu.

- Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Fotos und/oder Videos, die ich der KV Saarland zur Verfügung stelle, für die Veröffentlichung in der Praxisbörse auf www.kvsaarland.de verwendet werden dürfen.*

Eine eventuelle Veröffentlichung durch die KV Saarland erfolgt mit Namensbezug. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit – auch teilweise – mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Des Weiteren ist mir bekannt, dass Fotos und Videos mit meiner Person bei Veröffentlichung im Internet und/oder sozialen Netzwerken weltweit abrufbar sind. Das Herunterladen der Fotos/Videos sowie eine Weiterverwendung und/oder Veränderung durch Dritte kann hierbei nicht ausgeschlossen werden. Hierfür haftet die Kassenärztliche Vereinigung Saarland nicht.

.....

Datum

.....

Unterschrift/ Praxisstempel

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt und unterschrieben zurück per Fax an: 0681/ 99 83 75 30 oder eingescannt an: nachwuchs@kvsaarland.de.

* Pflichtangaben

Kontakt des Datenschutzbeauftragten der KV Saarland: datenschutz@kvsaarland.de