

An die  
Ärztelammer für Kärnten  
St. Weiterstraße 34  
9020 Klagenfurt

# BEWERBUNG

**um eine Kassenplanstelle für einen Facharzt/eine Fachärztin für  
Physikalische Medizin und allg. Rehab. in Feldkirchen –  
nach Dr. Laura Wolte  
ab 01.10.2029 – ÜBERGABEPRAxis ab 01.10.2026**

---

Ich bewerbe mich um die von der Ärztekammer für Kärnten und der Österreichischen Gesundheitskasse ausgeschriebenen Stelle eines Vertragsarztes/einer Vertragsärztin als

## **FACHARZT/FACHÄRZTIN für Physikalische Medizin und allg. Rehab.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit

Telefon 1: \_\_\_\_\_ Telefon 2: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  seit Geburt  
 seit: \_\_\_\_\_

Facharzt/Fachärztin für \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ (Datum des Diploms)

Zum Zeitpunkt der Bewerbung ausgeübte ärztliche Tätigkeiten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

