

An die
Ärztelammer für Kärnten

St. Weiterstraße 34
9020 Klagenfurt

BEWERBUNG

um einen kurativen Kassenvertrag für den Ort:

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

FACHARZT FÜR _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____ PLZ: _____

geb. am: _____

Erreichbarkeit

Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____

seit Geburt

seit: _____

Facharzt für _____

seit: _____ (Datum des Diploms)

Zum Zeitpunkt der Bewerbung ausgeübte ärztliche Tätigkeiten:

