

An die
Ärztelammer für Kärnten
St. Weiterstraße 34
9020 Klagenfurt

BEWERBUNG

um eine Gesellschafterin/einen Gesellschafter (Fachärztin/Facharzt für
Innere Medizin) für die

TEILGRUPPENPRAXIS **Kassenplanstelle Dr. Kurt Possnig in 9020 Klagenfurt/WS**

Ich bewerbe mich um die von der Ärztekammer für Kärnten und der Österreichischen Gesundheitskasse ausgeschriebene Stelle um eine Gesellschafterin/einen Gesellschafter (Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin) für die **TEILGRUPPENPRAXIS** – Dr. Kurt Possnig in 9020 Klagenfurt/WS:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____ PLZ: _____

geb. am: _____

Erreichbarkeit

Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____

☐ seit Geburt

☐ seit: _____

Facharzt/Fachärztin seit: _____ (Datum des Diploms)

Zum Zeitpunkt der Bewerbung ausgeübte ärztliche Tätigkeiten:

Punkte für Berufserfahrung
Punkte für Diplome und zusätzliche Qualifikation
Punkte auf Grund der Reihung nach Ende der Bewerbungsfrist