

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 Kärntner Gebietskrankenkasse ausgeschriebene 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

