

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

## ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit

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

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

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

Arzt für Allgemeinmedizin seit: \_\_\_\_\_ (Datum des Diploms)

Zum Zeitpunkt der Bewerbung ausgeübte ärztliche Tätigkeiten:

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

