

An die
Ärztchammer für Kärnten
St. Weiterstraße 34
9020 Klagenfurt

BEWERBUNG

**um eine Kassenplanstelle für einen Facharzt/eine Fachärztin für
Innere Medizin in Klagenfurt/WS - nach Dr. Kurt Possnig
ab 01.01.2030 – ÜBERGABEPRACTIS ab 01.01.2027**

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

FACHARZT/FACHÄRZTIN für Innere Medizin

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:
