

An die
Ärztchammer für Kärnten

St. Veiterstraße 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:
