



## Arztstellen für Ärzte/Psychotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern

**Kennnummer** | | | | |

(wird von der KV vergeben)

### allgemeine Angaben zur Arztstelle

Fachgebiet	
Tätigkeitsart	<input type="checkbox"/> Praxispartner <input type="checkbox"/> Praxispartner oder Anstellung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Anstellung im MVZ <input type="checkbox"/> Arzt in Weiterbildung    ggf. Dauer .....
ggf. Tätigkeitsschwerpunkte	
Anstellungsart	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> verhandelbar
Planungsbereich/Standort	
Eintrittsdatum	
Praxisform	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> MVZ

### Anschrift der Praxis

Straße	
PLZ, Ort	

### Ansprechpartner

Name, Vorname	
Telefon, Fax	
E-Mail, Internet	

### Weitere Informationen

.....  
.....  
.....  
.....  
*(bei Bedarf gerne mit Anlage erweitern)*

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers