

per Telefax an die KVB: 089 / 57 09 36 49 23



Auftrag zur Veröffentlichung meiner Praxisabgabe

Bitte veröffentlichen Sie für sechs Monate mein Angebot zur Praxisabgabe

(Bitte dieses zweiseitige Auftragsformular vollständig ausgefüllt per Telefax an die KVB senden!)

als Chiffre-Anzeige

Wenn Ihre Anzeige unter einer Chiffre-Nummer veröffentlicht werden soll, füllen Sie bitte trotzdem beide Seiten vollständig aus. Die Daten dienen der Information unserer Berater.

Hinweis! Folgende Daten werden von der KVB immer veröffentlicht:

Fachrichtung, Regierungsbezirk, Praxisart, Abgabe zum, Angebot eingestellt am

als vollständige Anzeige (Seite 2 wird im Internet als Anzeige veröffentlicht)

Kontaktdaten:

Titel, Name, Vorname*

Straße, Postleitzahl, Ort*

Telefon*

E-Mail

Praxisdaten:

Fachrichtung*

Straße, Postleitzahl, Ort

Praxisart*

(bitte auswählen)

Abgabe ab:*

(nach Vereinbarung, oder Datum)

Datenschutzhinweis:

Mit dem Absenden eines Praxisangebotes stimmen Sie einer Speicherung, Veröffentlichung und Weiterübermittlung der gesendeten Daten durch die KVB für die Dauer von 6 Monaten zu. Nach den 6 Monaten ist eine Verlängerung um nochmals 6 Monate möglich. Die Zustimmungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Veröffentlichung der Daten erfolgt im Internet unter www.kvb.de. Stellenangebote werden auf den freizugänglichen Seiten als vollständige Anzeige oder unter einer Chiffre veröffentlicht. Wird die Einwilligung auf den Formularen nicht erteilt, kann keine Veröffentlichung oder Weitergabe des Stellenangebots erfolgen.

Einwilligungserklärung

Den o.g. Datenschutzhinweis habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass die KVB meine übermittelten Daten an Ärzte/Psychotherapeuten, die eine Praxis übernehmen wollen, oder die in eine Praxis als Teilhaber einsteigen möchten, weitergibt und im Internet veröffentlicht und die Daten für diesen Zweck für die Dauer von 6 Monaten, inkl. Verlängerungsoption für 6 Monate, speichert.

Ich informiere die KVB unverzüglich, wenn ich einen Praxisnachfolger gefunden habe, oder ich mein Angebot aus anderen Gründen zurückziehe

Ort, Datum

Praxisstempel, Unterschrift

Die folgende Seite wird als PDF im Internet veröffentlicht (nicht bei Chiffre-Anzeige)

* **Mussfeld ist vom Auftraggeber auszufüllen, da ansonsten keine Einstellung erfolgen kann – auch S. 2 beachten!**

Angebot zur Praxisabgabe

Kontaktdaten

Titel, Name, Vorname

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefon / Handy

E-Mail

Praxisadresse

Straße

Postleitzahl, Ort

Regierungsbezirk*

München Stadt u. Land

Oberbayern

Niederbayern

Oberpfalz

Schwaben

Mittelfranken

Oberfranken

Unterfranken

Angaben zur Praxis:

Praxisart (s.u.)

Fachrichtung(en)

Schwerpunkt(e)

Übergabe ab

Besonderheiten:

Ambulantes OP

Belegärztlich

Praxisart:

Einzelpraxis (E)

Gemeinschaftspraxis (BAG)

Überörtliche Gemeinschaftspraxis (Ü-BAG)

Praxisgemeinschaft (PG)

Med. Versorgungszentrum (MVZ)