

## Auftrag zur Veröffentlichung einer Anzeige „Ich suche eine Praxis“

### Bitte veröffentlichen Sie für sechs Monate mein Praxisgesuch

(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, Suche in Regierungsbezirk, Suche ab, Angebot eingestellt am**

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

#### Kontaktdaten:

Titel, Name, Vorname\*

Straße\*,

Postleitzahl, Ort\*

Telefon\*

E-Mail

#### **Datenschutzhinweis:**

Mit dem Absenden eines Praxisgesuches 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](http://www.kvb.de). Stellengesuche 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 Stellengesuchs erfolgen.

**Einwilligungserklärung**

Den o.g. Datenschutzhinweis habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass die KVB meine übermittelten Daten an Mitglieder, die ihre Praxis abgeben 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 Praxis gefunden habe, oder ich mein Angebot aus anderen Gründen zurückziehe

**Einwilligungserklärung zur Zusendung von Informationen**

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die KVB mir Informationen zur vertragsärztlichen Tätigkeit, z.B. Einladungen zu entsprechenden Veranstaltungen, zusendet.

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!**

## Ich suche eine Praxis

### Kontaktdaten

Titel, Name, Vorname

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefon / Handy

E-Mail

bevorz. Praxisart <sup>(1)</sup>

Fachrichtung

Schwerpunkt

Suche ab\*

Suche in (Regierungsbezirk)\*

Bayern, gesamt

oder treffen Sie hier Ihre Auswahl:

München Stadt u. Land

Oberbayern

Niederbayern

Oberpfalz

Schwaben

Mittelfranken

Oberfranken

Unterfranken

**Bemerkung:**

(nähere örtliche Angaben)

### **(1) mögliche Praxisarten:**

Einzelpraxis (E)

Gemeinschaftspraxis (BAG)

Praxisgemeinschaft (PG)

Med. Versorgungszentrum (MVZ)