

Auftrag zur Veröffentlichung eines Kooperationsangebotes

(unter www.kvb.de - Rubrik Praxis / Online-Angebote / Kooperationsbörse)

Bitte veröffentlichen Sie für sechs Monate mein Kooperationsangebot

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

als Chiffre-Anzeige

Wenn Ihre Anzeige unter einer Chiffre-Nummer erscheinen soll, werden nur folgende Daten von der KVB veröffentlicht: **Fachrichtung; Kooperationsregion; Kooperationsform; beabsichtigt ab; eingestellt am; Chiffre-Nummer.**

(Diese Daten sind zur besseren Kenntlichkeit auf der 2. Seite dieses Auftrags eingerahmt.)

als vollständige Anzeige

In diesem Fall wird die 2. Seite Ihres Auftrags als Anzeige (PDF) in der KVB-Kooperations-börse im Internet veröffentlicht.

Achten Sie bitte darauf, beide Seiten dieses Auftrags auszufüllen und an uns zu senden! Eine Veröffentlichung kann sonst nicht erfolgen!

Folgende Kooperationsformen können beworben werden:

- Zusammenarbeit oder Anstellung in einer Praxis bzw. (ggf. überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Datenschutzhinweis:

Mit dem Absenden eines Inserates zur Kooperation 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. Kooperationsangebote/-gesuche 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 Kooperationsangebots/-gesuchs erfolgen.

Den o.g. Datenschutzhinweis habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass die KVB meine übermittelten Daten an potentielle Partner einer Kooperation 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 Kooperationspartner 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 Anstellung bei einem Vertragsarzt / BAG / MVZ, z.B. Einladungen zu entsprechenden Veranstaltungen, zusendet.

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. Praxisstempel

Für im Bedarfsfall erforderliche Rückfragen bitten wir Sie, hier zusätzlich eine Telefonnummer anzugeben, unter der wir **Sie** persönlich anrufen können: _____

Kooperationsangebot



Angaben zum Auftraggeber:

Titel, Name, Vorname *) _____

Straße *) _____

Postleitzahl, Ort *) _____

Telefon / Mobil *) _____

E-Mail _____

Adresse des Praxis-/MVZ-Sitzes (falls von obiger Adresse abweichend)

Praxisart

Straße _____

(Auswahl siehe unten)

Postleitzahl, Ort _____

Angaben zur gewünschten Kooperation:

Suche **Biete** eine Kooperation in Form einer

Teilnahme an Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Tätigkeit in Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ)

Praxis-Anstellung

örtliche BAG

als Vertragsarzt

fachgleich

überörtliche BAG

als angestellter Arzt

fachübergreifend

Kooperation beabsichtigt ab _____
(verhandelbar oder Datum angeben)

Eigenes Fachgebiet**) _____
(bei bestehender Praxis/MVZ bitte alle vertretenen Fachgebiete angeben)

Gewünschtes Fachgebiet des Kooperationspartners***) _____

Kooperationsregion München Stadt u. Land Oberfranken Oberpfalz
 Oberbayern Mittelfranken Niederbayern
 Schwaben Unterfranken Bayern insgesamt

Besonderheiten/Sonstige Hinweise zur Kooperation (z.B. Umfang der Anstellung; Anstellung für Filiale; Job-Sharing; Sicherstellungsassistenz; bevorzugte Praxisart; fachgebiets-/versorgungsbereichsübergreifende BAG; Teil-BAG; usw. ...)

Praxisart: **E** = Einzelpraxis; **BAG** = Berufsausübungsgemeinschaft; **T-BAG** = Teil-Berufsausübungsgemeinschaft; **Ü-BAG** = überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft; **ÜT-BAG** = überörtliche Teil-Berufsausübungsgemeinschaft; **PG** = Praxisgemeinschaft; **MVZ** = Medizinisches Versorgungszentrum; **X** = keine (z.B. bei angestellten Ärzten oder Ärzte, die noch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen)

*) Dieses Feld bitte unbedingt auszufüllen, da ansonsten keine Einstellung des Auftrags in die Kooperationsbörse erfolgen kann!

**) Bitte Fachgebiet/Facharztkompetenz, ggf. incl. Schwerpunkt und Versorgungsbereich (haus-/fachärztlich) angeben!

***) Wenn kein „gewünschtes Fachgebiet“ angegeben werden kann - z.B. bei beabsichtigter Kooperation mit einem MVZ - dann Feld bitte leer lassen.