

Bitte ausfüllen und zusenden:

- per E-Mail an: info@med-i-cus.de
- per Fax an: +49 (0) 211-1386677
- per Post an:

Registrierungsbogen für Ärzte

Persönliche Daten

Anrede: Frau Herr

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/ Nr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Land: _____

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Qualifikation

Assistenzarzt Facharzt Oberarzt Sonstige

Fachrichtung _____

Zusatzbezeichnungen / Fachkunde: _____

Derzeitige Beschäftigung: _____

Derzeitiger Arbeitgeber: _____

Einsatzkriterien

Geographische Einsatzkriterien:

ohne Einschränkung

nur bestimmte Regionen: _____

Zeitliche Einsatzkriterien:

Langfristig

einzelne Tage

Wochenende

Sonstiges

Berufliche Haftpflichtversicherung: JA NEIN

Persönliche Anmerkungen: _____

Bitte senden Sie uns zusätzlich folgende Unterlagen:

- unterzeichneter tabellarischer Lebenslauf
- Personalausweis in Kopie (Vorder- und Rückseite)
- Approbationsurkunde in Kopie
- Facharztzeugnis (falls vorhanden)
- Nachweis der persönlichen Haftpflichtversicherung in Kopie (falls vorhanden)

Hinweis: Gemäß § 33 Absatz 1 Bundesdatenschutzgesetz weisen wir hiermit darauf hin, dass wir Ihre personenbezogenen Daten zum Zwecke der Vermittlung von Honorarvertretungen in maschinenlesbarer Form speichern und verarbeiten. Wir danken für Ihr Interesse und hoffen, Ihnen ein attraktives Angebot machen zu können!

Ich willige darin ein, dass die medicus Personalservice oHG die von mir überreichten Informationen und Kontaktdaten dazu verwendet, um mit mir anlässlich meiner Kontaktaufnahme in Verbindung zu treten, hierüber zu kommunizieren und meine Anfrage zum Zwecke der Vermittlung von Honorarvertretungen und von kurzfristigen Festanstellungen abzuwickeln. Dies gilt insbesondere für die Verwendung des Vor- und Nachnamen, der E-Mail-Adresse und Telefonnummer zum vorgenannten Zweck.