

BEWERBUNGSFORMULAR

ZUR BEWERBUNG UM EINE KONKRET AUSGESCHRIEBENE KASSENPLANSTELLE

Ich bewerbe mich um die ausgeschriebene Kassenplanstelle für Ärztin/Fachärztin od. Arzt/Facharzt
für in

und erkläre, dass ich im Falle der Invertragnahme zum Zeitpunkt des Vertragsbeginnes keine Nebenbeschäftigung ausüben werde, welche die Tätigkeit als Kassenvertragsärztin/-arzt wesentlich beeinträchtigt

(Anmerkung: Die Arbeit als Vertragsärztin/arzt mit kurativem Einzelvertrag zur ÖGK beeinträchtigende Tätigkeiten sind insbesondere Tätigkeiten in ungekündigter bzw. unaufgelöster Stellung mit mehr als 10 Wochenstunden Arbeitsverpflichtung)

und lege meiner Bewerbung erforderliche Unterlagen im Original bzw. als beglaubigte Kopien bei.

Anmerkung: Die nochmalige Vorlage von Unterlagen, die der Ärztekammer für Salzburg bereits im Zuge einer vorangegangenen Bewerbung oder im Zuge des Antrages um Aufnahme in die BewerberInnenliste im Original oder als beglaubigte Kopie vorgelegt wurden, ist nicht erforderlich! Nicht rechtzeitig und nicht diesen Grundsätzen entsprechende Unterlagen können nicht berücksichtigt werden.

| PERSÖNLICHE DATEN | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------|
| NAME | | | GEBURTSNAME | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| PLZ | ORT | | STRASSE | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| TELEFON-NR. | | E-MAIL | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |
| GEBURTSDATUM | | | GEBURTSORT | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| ÖSTERR. STAATSBÜRGER/IN SEIT | | | EWR-STAATSANGEHÖRIGKEIT | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| PROMOTION AM | UNIVERSITÄT (PROMOTION) | | NOSTRIFIKATION AM | UNIVERSITÄT (NOSTRIFIKATION) | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| ÄRZTIN/ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN | | | | SEIT | <input type="text"/> |
| FACHÄRZTIN/FACHARZT FÜR | | | | SEIT | <input type="text"/> |

| PRÄSENZ-, ZIVIL- ODER AUSBILDUNGSDIENST | | | |
|---|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PRÄSENZDIENST | <input type="checkbox"/> ZIVILDIENST | <input type="checkbox"/> AUSBILDUNGSDIENST | <input type="checkbox"/> UNTAUGLICH |
| NACHWEIS DURCH BESCHEINIGUNG VOM | | <input type="text"/> | |

BEWERBUNGSFORMULAR - KASSENPLANSTELLE

| ALS ANGESTELLE/R ÄRZTIN/ARZT BEI | VON | BIS |
|----------------------------------|-----|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 4 ZUSÄTZLICHE FACHLICHE QUALIFIKATION | | |
|--|--|------|
| A) ANRECHENBARE DIPLOME DER ÖSTERREICHISCHEN ÄRZTEKAMMER (NACHWEIS MITTELS KOPIE) | | SEIT |
| <input type="checkbox"/> | Akkupunktur | |
| <input type="checkbox"/> | Arbeitsmedizin | |
| <input type="checkbox"/> | Ernährungsmedizin | |
| <input type="checkbox"/> | Fortbildung | |
| <input type="checkbox"/> | Geriatric | |
| <input type="checkbox"/> | Homöopathie | |
| <input type="checkbox"/> | Manuelle Medizin | |
| <input type="checkbox"/> | Neuraltherapie | |
| <input type="checkbox"/> | Palliativmedizin | |
| <input type="checkbox"/> | Psychosomatische Medizin | |
| <input type="checkbox"/> | Psychotherapeutische Medizin | |
| <input type="checkbox"/> | Psychosoziale Medizin | |
| <input type="checkbox"/> | Schmerztherapie | |
| <input type="checkbox"/> | Sportmedizin bzw. Kur-, Präventivmedizin und Wellness | |
| <input type="checkbox"/> | Notarzt (bzw. ÖÄK Zertifikat Notfallmedizin) | |
| <input type="checkbox"/> | ÖÄK Zertifikat Mammadiagnostik (nur für FÄ für Radiologie) (= Voraussetzung für eine gültige [zu berücksichtigende] Bewerbung – siehe § 2 Z 1 der RRL) | |
| B) ZUSATZFACHAUSBILDUNG IN (AM: NUR GERIATRIE ANRECHENBAR; NACHWEISE MITTELS DEKRET) | | SEIT |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Ich erkläre ausdrücklich mein Einverständnis, dass sämtliche Angaben und Daten auf diesem Bewerbungsbogen, sowohl die selbst ausgefüllten, sowie die in der Kammer aufliegenden und zur Bewertung der Bewerbung auf Grund der Reihungskriterien notwendigen Daten, an die Sozialversicherungsträger gemäß den gesamtvertraglichen Bestimmungen weitergegeben werden. In gleicher Weise bin ich einverstanden, dass diese Angaben und Daten

- gegebenenfalls von der Ärztekammer für Salzburg und den Sozialversicherungsträgern zur Begründung der BewerberInnenauswahl weitergegeben werden und
- in die öffentlich (Homepage der Ärztekammer für Salzburg) und nicht anonymisiert geführten BewerberInnenliste übernommen werden.

Datum:

Unterschrift:

Bewerbungsformular kann auch digital signiert werden – Informationen unter https://www.oesterreich.gv.at/landingpages/pdf_signatur.html

Beilagen