# Rochusgasse 4

## Interesse für Jobsharing / Vertretung / Partnerschaften / Ordinationsübernahme

# 5020 Salzburg

# 05 0511 5020

# [www.slzk.at](http://www.slzk.at)

# office@sbg.zahnaerztekammer.at

(durch Klick ankreuzen / ausfüllen)

|  |
| --- |
| **Ich führe: / Ich bin:** |

eine Kassenzahnarzt-Ordination

eine Wahlzahnarzt-Ordination

*Region in der sich die Ordination befindet:*

Stadt Salzburg  Pinzgau

Flachgau  Pongau

Tennengau  Lungau

keine Ordination\* bzw. ich bin Wohnsitzzahnärztin/arzt

ich bin angestellte/r Zahnärztin/arzt

**\***sollten Sie nicht in die Zahnärzteliste der ÖZÄK eingetragen sein, kontaktieren Sie uns bitte für weitere Informationen

|  |
| --- |
| **Ich suche für meine Ordination:** |

Partner für fixe Ordinations- und Apparategemeinschaft in meiner Ordination

ab: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Jobsharingpartner für meine Vertragszahnarzt-Ordination

ab: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Kollegin/Kollegen zur Übernahme meiner Ordination

ab: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Vertretung in meiner Ordination

ab: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

|  |
| --- |
| **Ich suche in der Ordination einer/s Kollegin/Kollegen:**  (bitte wählen Sie die Region in der Sie suchen weiter unten im Formular) |

Partner für fixe Ordinations- und Apparategemeinschaft

ab: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Jobsharingpartnerschaft in einer Vertragszahnarzt-Ordination

ab: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Ordination zur Übernahme

ab: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Vertretung in einer Ordination

ab: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

|  |
| --- |
| Regionen: (Mehrfachnennungen möglich) |

Stadt Salzburg  Pinzgau

Flachgau  Pongau

Tennengau  Lungau

|  |
| --- |
| Mögliche Tage für Vertretungen: (Mehrfachnennungen möglich) |

Montag  Donnerstag

Dienstag  Freitag

Mittwoch  Wochenende/Feiertage

|  |
| --- |
| Bemerkungen: (Text zu Ordi-übernahme oder Sonstiges) |

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

|  |
| --- |
| Kontaktdaten: |

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kontaktaufnahme:  (für Veröffentlichung) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Wichtig! - Bitte ankreuzen!\***

hiermit bestätige ich, dass ich die Aufnahme meiner Daten auf einer entsprechende Liste für potentielle Interessenten wünsche und mit der Veröffentlichung durch die Kammer (z.B. Homepage) einverstanden bin.

**oder** (Variante 1 **oder** 2 ankreuzen)

hiermit wünsche ich keine Aufnahme meiner Daten auf der offiziellen Liste für potentielle Interessenten, bin aber mit der Weitergabe durch die LZÄK (telefonisch oder per E-Mail) an potentielle Interessenten im Einzelfall einverstanden.

\* ohne Zustimmung zu einem dieser Punkte können Ihre Daten nicht aufgenommen werden!

Bitte beachten Sie, dass die Daten nach einer 6-monatigen Frist automatisch von der Liste entfernt werden. Bei Bedarf bitte dieses Formular neuerlich übermitteln.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift, Stempel