

Anmeldung Einrichtung

Name der Einrichtung	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>
Ansprechpartner	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Wir sind ein(e)	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Klinik <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Versorgungszentrum
Wir suchen eine(n)	<input type="checkbox"/> Chefarzt (w/m) <input type="checkbox"/> Reha-Klinik <input type="checkbox"/> Oberarzt (w/m) <input type="checkbox"/> Versorgungszentrum
Fachgebiet	<input type="text"/>
Zusatzbezeichnung	<input type="text"/>
Position als	<input type="checkbox"/> Honorararzt <input type="checkbox"/> Festanstellung
Zeitraum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ
Bereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wochenenddienst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Honorarärzten/Innen	
Unterkunft wird gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verpflegung zu Mitarbeiterkonditionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kleidung wird gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arzt/Ärztin ist über das Haus versichert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein