



Dienstgesuch im ÄBD

Ich interessiere mich für die Übernahme eines Ärztlichen Bereitschaftsdienstes im Bereich

Meine Kontaktdaten:

Name / Vorname _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

Telefon / Handy _____

Email _____

- Mit der Veröffentlichung meines Gesuches in der Dienstbörse der KV Hessen auf der Internetseite www.kvhessen.de bin ich einverstanden
- Ich bin im Besitz eines Ärztlichen Bereitschaftsdienstausweises
- Ich werde den Ärztlichen Bereitschaftsdienstausweis beantragen

Datum

Unterschrift

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Zentrale Stelle ÄBD-Ärzte
Karthäuserstraße 7-9
34117 Kassel

FAX-Nr. 069 / 795028942