

BIETE PRAXIS

Praxisdaten

Name, Vorname	<input type="text"/>	BSNR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel	<input type="text"/>								
Straße Haus-Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>						
PLZ Ort	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>						
Kreis	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>						
		Fax	<input type="text"/>						

Praxisdaten, die veröffentlicht werden sollen, bitte ankreuzen.

Zur Lokalisierung Ihrer Praxis ist es erforderlich, dass der Kreis/kreisfreie Stadt veröffentlicht wird.

Daten, die in der Anzeige veröffentlicht werden

Fachrichtung

ggf. Schwerpunkt

Gewünschter Anzeigentitel

Praxistyp

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis
<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gründung der Praxis (Jahresangabe)	<input type="checkbox"/> keine Angabe

Art der Immobilie

<input type="checkbox"/> Praxis im Ärztehaus	<input type="checkbox"/> Praxis in Wohn-/Geschäftshaus
<input type="checkbox"/> Praxis in eigener Immobilie	<input type="checkbox"/> Praxis in Praxisgemeinschaft
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Größe in m ²	<input type="text"/> <input type="text"/> Anzahl der Behandlungsräume
<input type="checkbox"/> Etage	Fahrstuhl vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Verkehrs- anbindungen

<input type="checkbox"/> Eigener Parkplatz	<input type="checkbox"/> öffentlicher Parkplatz	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
--	---	---------------------------------------

Sonstige (z.B. Bushaltestelle in der Nähe, Bahnhofsnahe)

Zu welchem Zeitpunkt suchen sie einen Käufer? Welche Preisvorstellungen haben Sie?

frühester Abgabetermin ab sofort
 Datum (TT MM JJ; immer zum Quartalsanfang)

Kaufpreis _____ € Verhandlungssache

Informationen zum Praxisstandort

Landarztpraxis Krankenhaus am Ort Ortsmitte
 Wohngebiet Vorort Gewerbegebiet
 Praxis am Krankenhaus

Praxisbesonderheiten/ Geräteausstattung

Wirtschaftliche Angaben

Durchschnittlicher GKV Umsatz pro Jahr _____ € ja nein ja nein
 Knappschaftsarzt ja nein
 Durchschnittliche Fallzahl hoch gering keine Angabe
 durchschnittlich keine Angabe
 Privatanteil hoch gering durchschnittlich keine Angabe

Wünschen Sie eine Praxisbewertung?

Anzahl der Mitarbeiter

Vollzeit Teilzeit Ausbildung Minijob Angestellte Ärzte

Anzeigenanfragen von externen kaufmännischen Dienstleistern sollen an mich weitergeleitet werden ja nein

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Angaben in der KV Börse der KVWL Consult GmbH veröffentlicht werden und die KVWL Consult GmbH mich aktiv bei der Suche nach einem Übernehmer unterstützt. Als Mitglied der KVWL entstehen mir dadurch keine Kosten. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die u. g. Kontaktdaten übermitteln. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Website.

Bitte beachten Sie:

Das offizielle Ausschreibungsverfahren im gesperrten Planungsbereich wird durch die Anzeige nicht ersetzt. Nehmen Sie hierzu bitte Kontakt mit der Praxisberatung der KVWL auf. Für die von Ihnen gemachten Angaben wird keine Haftung übernommen.

Ort / Datum

Praxisstempel und Unterschrift

Die Checkliste bitte zurücksenden an: Fax 0231-9432-83959 | E-Mail: kvwl-consult@kvwl.de

SUCHE PRAXIS

Persönliche Angaben

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Titel	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>	Haus-Nr.	<input type="text"/>
Wohnort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

Persönliche Daten, die veröffentlicht werden sollen, bitte ankreuzen

Daten, die in der Anzeige veröffentlicht werden

Fachrichtung

ggf. Schwerpunkt

nur Internisten: Hausärztl. Versorgung
 Fachärztl. Versorgung

Gewünschter Anzeigentitel

**Wunsch zur Form
der zukünftigen
Tätigkeit**

als eigene Zulassung
 als Praxisübernahme
 als Praxisgründung

Einzelpraxis
 Gemeinschaftspraxis
 Praxisgemeinschaft
 MVZ

**als
Anstellung**

In Vollzeit
 In Teilzeit
(im Umfang von ca. _____ Std.)

**Nähere Erklärungen
zu den Niederlassungsformen
finden Sie auf:**



**Frühestmöglicher
Tätigkeits-/
Übernahmebeginn**

sofort

Datum (TT MM JJ; immer zum Quartalsanfang)

Kreise,
die für Ihre
zukünftige
Tätigkeit
in Frage kommen

<input type="checkbox"/>	Bielefeld	<input type="checkbox"/>	Hagen	<input type="checkbox"/>	Münster
<input type="checkbox"/>	Bochum	<input type="checkbox"/>	Hamm	<input type="checkbox"/>	Olpe
<input type="checkbox"/>	Borken	<input type="checkbox"/>	Herford	<input type="checkbox"/>	Paderborn
<input type="checkbox"/>	Bottrop	<input type="checkbox"/>	Herne	<input type="checkbox"/>	Recklinghausen
<input type="checkbox"/>	Coesfeld	<input type="checkbox"/>	Hochsauerlandkreis	<input type="checkbox"/>	Siegen-Wittgenstein
<input type="checkbox"/>	Dortmund	<input type="checkbox"/>	Höxter	<input type="checkbox"/>	Soest
<input type="checkbox"/>	Ennepe-Ruhr-Kreis	<input type="checkbox"/>	Lippe	<input type="checkbox"/>	Steinfurt
<input type="checkbox"/>	Gelsenkirchen	<input type="checkbox"/>	Märkischer Kreis	<input type="checkbox"/>	Unna
<input type="checkbox"/>	Gütersloh	<input type="checkbox"/>	Minden-Lübbecke	<input type="checkbox"/>	Warendorf

Beruflicher
Werdegang
(freiwillige Angaben)

Wünsche/
Anforderungen
an das zukünftige
Arbeitsfeld
(freiwillige Angaben)

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Angaben in der KV Börse der KVWL Consult GmbH veröffentlicht werden und die KVWL Consult GmbH mich aktiv bei der Suche nach einem Übernehmer unterstützt. Als Mitglied der KVWL entstehen mir dadurch keine Kosten. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die u. g. Kontaktdaten übermitteln. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzhinweise auf unserer Website.

Bitte beachten Sie:

Für die von Ihnen gemachten Angaben wird keine Haftung übernommen.

Mit der Aufnahme in der KV Börse sind Sie nicht automatisch auf der Vermittlungsliste der KVWL registriert. Daher empfehlen wir die Kontaktaufnahme zur Praxisberatung der KVWL unter:

Tel. 0231-9432-9400 | Mail: praxisberatung@kvwl.de

Ort / Datum

Unterschrift

Die Checkliste bitte zurücksenden an: Fax 0231-9432-83959 | E-Mail: kvwl-consult@kvwl.de