

- Kontaktformular -

Wir bitten Sie, vollständig den folgenden Bogen auszufüllen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und lediglich an interessierte BIPP-Kollegen, die einen halben bzw. ganzen Sitz verkaufen möchten oder über Jobsharing nachdenken, weitergeleitet.

Name, Vorname:

Alter:

Grundqualifikation:

Datum der Approbation:

Fachkunde:

Datum des Eintrags in das Arztregister:

Kontakt (E-Mail; Telefon):

BIPP-Mitglied seit:

Ergänzungen/persönliche Anmerkungen:



Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: praxisweitergabe@bipp-berlin.de

Herzlichen Dank! Die AG Praxisweitergabe