

Landesärztekammer Brandenburg  
Geschäftsstelle Cottbus  
Postfach 10 14 45  
03014 Cottbus

E-Mail: [stellenboerse@laekb.de](mailto:stellenboerse@laekb.de)  
Telefax: 0355 78010-199

Internet: <http://www.laekb.de>

## Registrierung als arbeitsplatzsuchende/r Ärztin/Arzt

Titel \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Mobilfunk \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Angaben zu  
Ihrem Profil

### Hinweise:

Bei Abschluss eines Arbeitsvertrages bitten wir **umgehend um Rückmeldung**. Erfolgt keine Rückmeldung, wird das Arbeitsplatzgesuch nach 2 Monaten ab Tag der Veröffentlichung automatisch gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, dass alle Angaben zum Zwecke der Vermittlung einer Arbeitsstelle gespeichert und im Internet unter **[www.laekb.de](http://www.laekb.de)** veröffentlicht werden.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift