



Landesärztekammer Brandenburg
Geschäftsstelle Cottbus
Postfach 10 14 45
03014 Cottbus

E-Mail: 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** veröffentlicht werden.

Ort

Datum

Unterschrift