

Ärztevermittlung

Ein Geschäftsbereich der Arzt Ruf 19 257 Privatärztlicher Notdienst GmbH



Bitte schicken Sie dieses Formular per Post, Mail oder Fax an :

Arzt Ruf 19 257
Privatärztlicher Notdienst GmbH
Wielandstr. 7
53173 Bonn

Tel. : +49 228 364445
Fax. : +49 228 359250

Mail : pandoc@arzt-ruf.de

Wir bitten um Vermittlung einer Honorarvertretung

Einrichtung : _____
Straße : _____
PLZ, Ort : _____
Telefon : _____
Fax : _____
Mail : _____

Vertreter :

Titel : _____
Name : _____
Vorname : _____

Bitte vermitteln Sie an uns einen Arzt / eine Ärztin mit folgendem Anforderungsprofil :

Anforderungsprofil:

Nacht & Bereitschaftsdienst : ja nein
Zeitraum von : _____ bis : _____
Honorarangebot : _____
Sonstiges : _____

Werden Unterkunft und Verpflegung gestellt? ja / nein

Der Vertrag kommt nur unter Einbeziehung unserer allgemeinen Geschäftsbedingungen zustande, die dem Vertragspartner vor Vertragsabschluss in schriftlicher Form vorgelegt werden und die dieser zur Kenntnis genommen und akzeptiert hat.

(Datum / Unterschrift / Stempel) ►

Vertragspartner ist alleine die Arzt Ruf 19 257 Privatärztlicher Notdienst GmbH