

**Ärztekammer Westfalen-Lippe
Stellenvermittlung
Postfach 40 67
48022 Münster**

**Vermittlung von Weiterbildungsstellen Allgemeinmedizin
Datenschutzerklärung - Stellensuchende**

Arzt-Nummer

Geschlecht	Akademischer Grad	Familienname	Vorname	Geburtsdatum
------------	-------------------	--------------	---------	--------------

Straße	Postleitzahl/Ort
--------	------------------

Telefon	Fax	E-Mail
---------	-----	--------

Geplanter Tätigkeitsbeginn

Ich suche eine Stelle in folgendem Gebiet/folgenden Gebieten:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____

Erklärung gemäß § 4 Bundesdatenschutzgesetz:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben (außer Geburtsdatum) zum Zwecke der Vermittlung einer Weiterbildungsstelle Allgemeinmedizin gespeichert und Stellenanbietern übermittelt werden bzw. im Internet erscheinen.

Ort, Datum

Unterschrift