

An die
Landeszahnärztekammer für Kärnten
Neuer Platz 7/1
9020 Klagenfurt

BEWERBUNG

um einen Kassenvertrag für den Ort:

Ich bewerbe mich um die von der Landes Zahnärztekammer für Kärnten und der Kärntner Gebietskrankenkasse ausgeschriebene Stelle einer/eines **VERTRAGSFACHÄRZTIN/VERTRAGSFACHARZTES FÜR ZAHN-, MUND- U. KIEFERHEILKUNDE** oder **VERTRAGSZAHNÄRZTIN/VERTRAGSZAHNARZTES**.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____ PLZ: _____

geb. am: _____

Erreichbarkeit

Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____ seit Geburt
 seit: _____

Fachärztin/Facharzt für ZMK bzw. Zahnärztin/Zahnarzt seit:

_____ (Datum des Diploms/Bescheides)

Zum Zeitpunkt der Bewerbung ausgeübte zahnärztliche Tätigkeiten:

**A. Berufserfahrung seit Erhalt des Diploms/Bescheides zur
Fachärztin für ZMK/zum Facharzt für ZMK bzw. Zahnärztin/Zahnarzt
max. 20 Punkte**

Für ein volles Kalendermonat zahnärztlicher Tätigkeit als angestellte/r oder niedergelassene/r Fachärztin/-arzt für ZMK bzw. Zahnärztin/-arzt oder Fachärztin/-arzt für MKG bzw. in Ausbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für MKG oder als Praxisvertretung nach Erhalt des jeweiligen Diplomes/Bescheides werden 0,56 Punkte vergeben.

- ANG Zahnärztin/-arzt: von: _____ bis: _____ in: _____
 von: _____ bis: _____ in: _____
- NG Zahnärztin/-arzt: von: _____ bis: _____ in: _____
 von: _____ bis: _____ in: _____
- Praxisvertretung: von: _____ bis: _____ in: _____

**B. Zusätzliche fachliche Qualifikation
Aktuelles Fortbildungsdiplom - 15 Punkte**

**C. Rang in der Bewerberliste der Landes Zahnärztekammer für Kärnten
max. 20 Punkte**

- | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rang 1, 20 Punkte | <input type="checkbox"/> Rang 5, 09 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Rang 2, 17 Punkte | <input type="checkbox"/> Rang 6, 06 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Rang 3, 14 Punkte | <input type="checkbox"/> Rang 7, 03 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Rang 4, 11 Punkte | |

D. Erklärung zur behindertengerechten Ordination - 3 Punkte

- Ich werde mich um die behindertengerechte Errichtung und Ausstattung der Ordinationsräume ernsthaft bemühen.

Datum: _____ Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers: _____

Folgende Anlagen werden beigelegt:

Mitglied der Landes Zahnärztekammer für Kärnten	Nichtmitglied der Landes Zahnärztekammer für Kärnten
<input type="checkbox"/> Lebenslauf	<input type="checkbox"/> Lebenslauf
<input type="checkbox"/> Aktuelles Fortbildungsdiplom	<input type="checkbox"/> Promotionsurkunde
	<input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis
	<input type="checkbox"/> Diplom(e)/Bescheid
	<input type="checkbox"/> Nachweise über berufliche Erfahrung
	<input type="checkbox"/> Aktuelles Fortbildungsdiplom

Von der Landes Zahnärztekammer auszufüllen:

- A. Punkte für fachliche Eignung und berufliche Erfahrung
 B. Punkte für zusätzliche fachliche Qualifikation - Diplom
 C. Punkte für Rang in der Bewerberliste der LZÄK
 D. Punkte für eine behindertengerechte Ordination

Summe Punkte:

