

Assistentenstellenvermittlungsvereinbarung

Sie suchen eine Assistentenstelle. Hierbei möchten wir Sie gerne unterstützen. Damit wir die „Richtige“ für Sie finden, benötigen wir noch ein paar Informationen. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen und senden diese Vermittlungsvereinbarung unterschrieben wieder an uns zurück.



DENTAL-MEDIZIN GMBH HEIDELBERG

Fritz-Frey-Straße 16

69121 Heidelberg

Telefon: 06221/4792-20

Telefax: 06221/4792-48

E-Mail: info@funckdental.de

internet: <http://www.funckdental.de>

1. Ausbildungsstand des suchenden Assistenten
 - Ausbildungsassistent
 - Berechtigung zum selbständigen Arbeiten
 - Zulassungsberechtigung
2. Staatsexamen wann: _____ Universität: _____
3. Gewünschter Beginn der Tätigkeit _____
4. Soll die Stundenzahl begrenzt sein? Nein Ja _____ Std.
5. Interessenschwerpunkte: _____

6. Welches räumliche Gebiet bevorzugen Sie: _____

Bitte geben Sie Ihre vollständige Anschrift und die Telefonnummer an, unter der Sie zu erreichen sind:

Name: _____

Strasse: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Mail: _____

Hiermit gestatte ich der Firma funck Dental-Medizin GmbH Heidelberg, die o.g. Angaben im Rahmen einer Assistentenstellenvermittlung an Dritte weiterzugeben. Ich werde die Firma funck sofort informieren, sobald ich die mir angebotene Stelle angenommen habe.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)