

Assistentenvermittlungsvereinbarung

Sie suchen eine/n Assistenten/in für Ihre Zahnarztpraxis.
Wir haben die nötigen Kontakte und helfen Ihnen gerne bei der Suche.
Damit wir die/den „Richtige/n“ 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: 06221/4792-0
Telefax: 06221/479260
E-Mail: info@funckdental.de
internet: <http://www.funckdental.de>

1. Sie suchen eine/n Assistenten/in
 - mit der Berechtigung zum selbständigen Arbeiten
 - eine/n Assistenten/in mit Zulassungsberechtigung
 - eine/n Ausbildungsassistenten/in

2. Sie suchen eine Dame oder einen Herren? Mann Frau

3. Beginn der Tätigkeit _____

4. Ist die Stundenzahl begrenzt? Nein Ja _____ Std.

5. Behandlungsschwerpunkte: _____

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

Name: _____

Strasse: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Hiermit gestatte ich funck Dental-Medizin GmbH Heidelberg, die o.g. Angaben im Rahmen einer Assistentenvermittlung an Dritte weiterzugeben. Ich werde die funck sofort informieren, sobald die von mir angebotene Stelle besetzt ist.

Für die Qualifikation der vermittelten Person wird von funck keine Gewähr übernommen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

P.S.: Wir bieten Ihnen auch eine kompetente Praxisübergabevermittlung.