Assistentenvermittlungsvereinbarung

funck
DENTAL-MEDIZIN GMBH HEIDELBERG
Fritz-Frey-Straße 16
69121 Heidelberg
Telefon: 06221/4792-0
Telefax: 06221/479260
E-Mail: info@funckdental.de
internet: https://www.funckdental.de

Sie suchen eine/n Assistenten/in für Ihre Zahnarztpraxis.
Wir haben die nötigen Kontakte und helfen Ihnen gerne bei der Suche.
Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen und senden diese Vermittlungsvereinbarung unterschrieben wieder an uns zurück (Fax/Mail).

1. Sie suchen eine/n Assistenten/in

❒ mit der Berechtigung zum selbständigen Arbeiten

❒ mit Zulassungsberechtigung

❒ eine/n Ausbildungsassistenten/in

2. ❒ Mann ❒ Frau

3. Beginn der Tätigkeit _____

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

5. kurze Praxisbeschreibung: _____

_____

_____

_____

_____

_____

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

Name: _____

Strasse: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mail: _____

funck Dental-Medizin GmbH veröffentlicht meine Suchanfrage auf ihrer Homepage. Die Veröffentlichung erfolgt für eine Dauer von 6 Monaten ab Zeitpunkt der Rücksendung dieser Vereinbarung. Für die Veröffentlichung wird eine Pauschale in Höhe von € 270,00 + MWST berechnet. Die Pauschale fällt pro Veröffentlichungszeitraum an. Kunden mit einem Jahresumsatz (1.1.-31.12.) bei funck Dental-Medizin GmbH von mindestens € 8.000,00 + MWST sind von der Pauschale befreit.

Hiermit gestatte ich funck Dental-Medizin GmbH, die o.g. Angaben im Rahmen einer Assistentenvermittlung an Dritte weiterzugeben. Ich werde funck 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.

2023.01