

Auftrag bitte unterschrieben per E-Mail oder via Fax an: 0341 – 35 12345 9



## AUFTRAG ZUR VERMITTLUNG EINER VERTRETUNG (i.d.R. befristet)

### AUFTRAGGEBER:

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.) \_\_\_\_\_

Vertreter (Name/Funktion): \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit:      Telefon: \_\_\_\_\_      FAX: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Wir beauftragen Sie hiermit mit der Vermittlung eines Arztes (m/w/d):

\* Nicht Zutreffendes bitte durchstreichen

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Facharztabschluss erforderlich:    ja / nein \*

Zeitraum: \_\_\_\_\_

ggf. zeitlicher Umfang / Häufigkeit \_\_\_\_\_

Tätigkeitsbeschreibung/  
Anforderungsprofil \_\_\_\_\_

Vertragsverhältnis:                    befr. Festanstellung / Honorarvertrag / \_\_\_\_\_ \*

Vergütungsangebot:                    \_\_\_\_\_ € / Aktiv-Std., ggf. \_\_\_\_\_ € / Std. Rufdienst

\_\_\_\_\_ €/Std. Vordergrunddienst (Hausdienst)

Logis: ja / nein\*                    Kost: ja / nein\*

Haftpflichtversicherung:                über das Haus:            ja / nein\*

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Es gelten die AGB der Doc24-Arztvermittlung mit Stand vom 01.05.2022, einsehbar im Internet unter [www.doc24-arztvermittlung.de](http://www.doc24-arztvermittlung.de) sowie die aktuelle Preisliste mit Stand vom 01.05.2022.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel des Auftraggebers