



Niedergelassene
Chirurgen

BERUFSVERBAND ÖSTERREICHISCHER CHIRURGEN

Anmeldung Vertreterbörse Endoskopieschwester/-pfleger

Per Mail an chirurgie@aon.at oder per Fax: **+43-1-533 35 42-19** oder per Post an
Berufsverband Österreichischer Chirurgen, Hollandstrasse 14/Mezz., 1020 Wien

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Adresse: _____ Hausnr./Stg./Tür: _____

PLZ: _____ Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Vertretung ist in folgenden Bundesländern möglich (zutreffendes ankreuzen):

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Wien | <input type="checkbox"/> Burgenland | <input type="checkbox"/> Niederösterreich |
| <input type="checkbox"/> Kärnten | <input type="checkbox"/> Steiermark | <input type="checkbox"/> Oberösterreich |
| <input type="checkbox"/> Tirol | <input type="checkbox"/> Salzburg | <input type="checkbox"/> Vorarlberg |

Systeme: Waschmaschine (Firma) _____

Endoskope (Firma) _____

Kurse (ÖGGH, IVEPA): _____

Aktuelle Arbeitsstätte: _____

Vorherige Arbeitsstätte(n): _____

Referenz(en): _____

Anlagen: tabellarischer Lebenslauf mit Foto