Österreichische Gesundheitskasse

zH Karin Sandner

Abteilung Versorgungsmanagement 1

Gruberstraße 77, 4020 Linz

E-Mail: karin.sandner@oegk.at

FAX: +4350766-1466104822

**Interesse an der Mitarbeit**

**in einem Primärversorgungsmodell**

**Interessentin/Interessent:**

Name:

Beruf:

Derzeitige Tätigkeit:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

**Geplante Mitarbeit in einem Primärversorgungsmodell
(PVZ/Primärversorgungszentrum, PVN/Primärversorgungsnetzwerk):**

PVZ (an einem Standort) □ PVN (an mehreren Standorten) □ beides möglich □

Tätigkeit als:

Möglicher Standort / Bezirk / Region:

Möglicher Beginn ab:

Mögliches Stundenausmaß:

Sonstiges (zB Angabe der Kilometer bei großen Bezirken, wie weit vom Wohnort aus zur PVE gefahren werden könnte (zB Umkreis max. 15 km), Zusatzausbildungen, Spezialisierungen, etc.):