

Beraterdaten			
Name, Vorname	Werner-Boehm, Martin	Telefon / Mobil	015165519694
Beraternummer		E-Mail	martin.wernerboehm@praxis

Interessentendaten			
Kundennummer		Telefon	
Name, Vorname		Mobil	
Anschrift		Telefax	
PLZ / Ort		E-Mail	

Angebot		Hinweise	
Chiffre / Datum		/	
		Chiffre aus Praxisbörse eintragen	
Kundenwunsch	Existenzgründung	<input type="checkbox"/> Einstieg in BAG/ÜBAG <input type="checkbox"/> Gründung BAG/ÜBAG <input type="checkbox"/> Gründung Praxisgemein. <input type="checkbox"/> Übernahme Einzelpraxis (<input type="checkbox"/> in Praxisgemeinschaft) <input type="checkbox"/> Übernahme Praxisanteil <input type="checkbox"/> Übernahme Sitz(e)	Kooperation <input type="checkbox"/> Einstieg in BAG/ÜBAG <input type="checkbox"/> Gründung BAG/ÜBAG <input type="checkbox"/> Gründung Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Erweiterung BAG/ÜBAG <input type="checkbox"/> Partner an einem MVZ werden <input type="checkbox"/> Suche nach Partner für MVZ
	Abgabe	<input type="checkbox"/> Abgabe Einzelpraxis (<input type="checkbox"/> in Praxisgemeinschaft) <input type="checkbox"/> Abgabe Praxisanteil <input type="checkbox"/> Abgabe Sitz(e)	
	Anstellung	<input type="checkbox"/> Arzt sucht Anstellung (<input type="checkbox"/> mit Einbringung von Sitz) <input type="checkbox"/> Arzt sucht Job-Sharing <input type="checkbox"/> Arzt sucht Anstellung als Weiterbildungs-/Vorbereitungsass.	<input type="checkbox"/> Praxis sucht Arzt zur Anstellung <input type="checkbox"/> Praxis sucht Job-Sharer <input type="checkbox"/> Praxis sucht Weiterbildungs-/Vorbereitungsassistenten
		<input type="checkbox"/> inkl. Sitz <input type="checkbox"/> ohne Sitz (<input type="checkbox"/> Job-Sharing / <input type="checkbox"/> Privat)	Wenn Zulassung relevant
Verfügbar ab			
Fachrichtung			
Doppelzulassung	<input type="checkbox"/> vorhanden		Nur bei MKG relevant
Relevanter Anteil		Prozent	Abzug./Gesuchter Praxisanteil
Relevante Sitze		Sitz(e)	Abzug./Gesuchter Sitze
Praxistyp	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> BAG (<input type="checkbox"/> fachübergreifend)		
KV-Region			
Ort			
Zulassungsbereich	<input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen	Stand vom	
			Wenn Zulassung relevant

Personal	Anzahl	Leistungsdaten	Wert
Angestellte Ärzte		Umsatz GKV p.a. in €	
Weiterbildungsassistenten		Umsatz Privat p.a. in €	
Technische Assistenten		Gewinn p.a. in €	
HelferInnen		Fallzahl GKV (Quartal)	
Azubis		Gründungsjahr	

Praxisräume			
Immobilie	<input type="checkbox"/> EFH / Einliegerwohnung <input type="checkbox"/> Ärztehaus <input type="checkbox"/> Einkaufszentrum	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Gesundheitszentrum <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> öffentliches Gebäude <input type="checkbox"/> Krankenhaus
Praxisräume sind	<input type="checkbox"/> gemietet	<input type="checkbox"/> im Eigentum	
Lage	<input type="checkbox"/> Großstadt (>=500.000 EW) <input type="checkbox"/> Städtisch (>=50.000 EW, <500.000 EW) <input type="checkbox"/> Ländlich (<50.000 EW)		
Nahverkehr	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht		
Taxistand	<input type="checkbox"/> vorhanden		
Parkplätze	<input type="checkbox"/> eigene Praxisparkplätze <input type="checkbox"/> gute Parkmöglichkeiten in nächster Praxisumgebung <input type="checkbox"/> Parkhaus/öffentlicher Parkplatz in unmittelbarer Nähe <input type="checkbox"/> nur wenige Parkmöglichkeiten		
Barrierefrei	<input type="checkbox"/> ja		
Größe in m ²			
Anzahl Räume			
Etage	<input type="checkbox"/> Souterrain <input type="checkbox"/> Erdgeschoss <input type="checkbox"/> Hochparterre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obergeschoss		
Zustand Räume	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> renovierungsbedürftig		
Zustand Ausstattung	<input type="checkbox"/> modern <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> veraltet		
Zustand Technik	<input type="checkbox"/> modern <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> veraltet		
Weitere Fachrichtungen			
Hinweise			

Ich bestätige die Richtigkeit meiner oben angegebenen persönlichen Daten und die meines Praxisangebotes- bzw. Gesuchs. Ich willige hiermit ein, dass meine Daten in der Praxis- und Kooperationsbörse in anonymisierter Form sowie bei der PraxisFinanz Werner GmbH vollständig gespeichert werden, damit bei einem erfolgreichem Matching meine Kontaktdaten (Name und Telefonnummer) an mögliche Interessenten weitergegeben werden können.

Das Inserat wird in der Praxis- und Kooperationsbörse nach 6 Monaten automatisch deaktiviert. Eine Verlängerung der Veröffentlichung bzw. die endgültige Löschung dieser Daten kann ausschließlich nach Rücksprache mit mir erfolgen.

.....
 Ort / Datum / Unterschrift Kunde