



Landesärztekammer Brandenburg
Referat Ausbildung MFA
Postfach 10 14 45
03014 Cottbus

Telefon: 0355 78010-241
Telefax: 0355 78010-259
E-Mail: mfa@laekb.de
Internet: <http://www.laekb.de>

Stellenangebot von Arztpraxen für Medizinische Fachangestellte

Anschrift der Arztpraxis _____

Straße / Hausnummer _____
PLZ, Ort _____
Mobilfunk _____ Telefon _____
E-Mail _____ Telefax _____
Fachgebiet _____

Ansprechpartner _____

Anzahl der beschäftigten Fachkräfte:
(MFA / Arzthelfer/in / Krankenschwester)

Gesucht wird Auszubildende/r MFA (Arzthelfer/in)

Einstellungstermin _____

Anforderungen an den
Bewerber

Hinweise:

Bei Besetzung der Stelle bitten wir **umgehend um Rückmeldung**. Erfolgt keine Meldung, wird das Stellenangebot nach 2 Monaten ab Tag der Veröffentlichung automatisch gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben zum Zwecke der Vermittlung einer Ausbildungs- bzw. Arbeitsstelle gespeichert und im Internet unter **www.laekb.de** veröffentlicht werden.

Ort Datum

Unterschrift/Stempel Arzt/Ärztin