**[Praxisname], Assistenzarzt/Facharzt (m/w/d), [wie viel %], [Ort der Praxis]**

|  |  |
| --- | --- |
| Ab wann? |  |
| Ort | [Praxisname], [Stadt] |
| Über uns |  |
| Ihre Aufgaben |  |
| Was ist erforderlich |  |
| Was wird geboten |  |
| Bewerbungsprozess | Bitte senden Sie die Bewerbungsunterlagen: * Per E-Mail: [Emailadresse]
* Per Post: [Anschrift]
 |

