

Vorname, Name:

Geburtsdatum und Ort:

Strasse, PLZ, Wohnort, Land:

Reisepass (Seriennummer):

Exklusiv-Vertretungsvollmacht

im Rahmen meiner zukünftigen Beschäftigung als Arzt/Ärztin in Deutschland erteile ich dem **Richard Tomalka**, Facharzt für Urologie, Palliativmedizin & Notfallmedizin, Leitender Notarzt, **Geschäftsführer** der All Medical UG – Honorararzt.de & HonorarNOTARZT.de

folgende exklusive Vollmachten:

1. **Wahrnehmung meiner Antragsrechte** zur Durchführung der Bundesärzteordnung (BÄO) und der Durchführung des Antrages auf Erteilung der Erlaubnis zur vorübergehenden (**Berufserlaubnis**), bzw. dauerhafter (**Approbation**) Ausübung des ärztlichen Berufes zum Zwecke der Weiterbildung bei der zuständigen Regierungsbehörde, einschließlich Anrechenbarkeit von den Tätigkeitsabschnitten als Arzt im Ausland, sowie der im Ausland gewonnenen Weiterbildung.
2. Abwicklung meiner Interessen in allen ausländer- und arbeitserlaubnisrechtlichen Angelegenheiten gegenüber der zuständigen Ausländerbehörde / Auslandsvertretung
3. Durchführung meiner Interessen im Bereich der Arbeitsgenehmigung bei der zuständigen Bundesagentur für Arbeit.
4. Wahrnehmung der Erst- oder Zugangsmeldung zur Ärztekammer meines zukünftigen Einsatzortes.
5. Im Rahmen meiner Bewerbungskampagne bin ich einverstanden mit der Veröffentlichung und sonstiger Weitergabe allen meinen Bewerbungsunterlagen an alle potenzielle Arbeitnehmer.
6. Durchführung meiner Interessen im Bereich der **VISA-Beantragung** aller Arten bei der mir zuständigen Deutschen Botschaft, einschließlich Vereinbarung mit der Ausländerbehörde der Durchführung des beschleunigten Fachkräfteverfahrens.
7. Beantragung und Abschluss der Versicherungen, welche im Rahmen des Visums zur Arbeitsplatzsuche vorausgesetzt werden (private Kranken,- Unfall,- und Haftpflichtversicherung bei Allianz)

Ich versichere, dass ich keine andere Agentur mit der Vermittlung meiner Person beauftragt habe und verpflichte mich zur exklusiven Zusammenarbeit mit dem Herrn Richard Tomalka.

Bis dato habe ich in der BRD keinen Antrag auf Erteilung einer Berufserlaubnis, oder Approbation gestellt.

Die Exklusivität dieser Vertretungsvollmacht erlischt ein Jahr nach dem unten genannten Datum.



Die eigenhändig unterschriebene Exklusiv-Vertretungsvollmacht, ohne notarielle Beglaubigung mit Identitätsnachweis (z.B. beglaubigte Kopie des Reisepasses) an uns via EXPRESS – SERVICE senden.

Hausanschrift: All Medical GmbH HonorarArzt.de - HonorarNOTARZT.de Sanddornweg 32 18439 Stralsund, Germany	Hotline: +49 (0) 180 3 112 3 112* Fax: +49 (0) 180 3 112 3 111 Email: info@honorararzt.de www: www.honorararzt.de <small>*(Festnetz: 0,09 €/Min. / Mobilfunk: max. 0,42 €/Min.)</small>	Bank: Apobank Münster Konto-Nr.: 0008347778 BLZ: 30060601 IBAN: DE65300606010008347778 BIC: DAAEDED3	HR-Nr B20641 Amtsgericht Stralsund USt-ID: 082/105/00767
--	---	---	--