

Coach my Career

Anmeldeformular für Mentorinnen und Mentoren

Vorname, Name: _____

Facharzttitel: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Sprachen: _____

Verbandsmitgliedschaften:

FMH VLSS VSAO mfe Fachgesellschaft: _____

andere : _____

Momentane berufliche Stellung: _____

Berufliche Stellungen in den letzten 10 Jahren:

Weiterbildungen in den letzten 10 Jahren:

Ich weise Kenntnisse in den folgenden Gebieten auf:

Lehrtätigkeit in Weiter- und Fortbildung: _____

Praxistätigkeit: _____

Klinik: _____

Forschung: _____

Lehre: _____

Management / Führung: _____

Andere: _____

Gewünschter, bevorzugter Coaching-Bereich:

