

Abteilung Sicherstellung
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben
Fax 06131 326-327
E-Mail: foerderung@kv-rlp.de

Stempel des ausbildenden Arztes

Antrag auf Förderung von akademischen Lehrpraxen in Rheinland-Pfalz gemäß der Förderrichtlinie Strukturfonds der KV RLP (Anlage 5)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche sowie diverse mit ein.

■ **Persönliche Daten des Studierenden**

Herr

Frau

Vorname | Name

geboren am

Geburtsort

PLZ | Ort

Straße

Telefonnummer

E-Mail

Ich stimme zu, dass mich die KV RLP zukünftig über Themen der Weiterbildung und Niederlassung per E-Mail informiert. Ein Widerruf meiner Zustimmung ist jederzeit möglich.

Zeitraum der PJ von – bis

Der Antrag ist vor Beginn oder während des PJ bei der KV RLP zu stellen.

■ **Angaben zur Vertragsarztpraxis | zum MVZ**

Name der Vertragsarztpraxis | des MVZ

BSNR

Name des ausbildungsverantwortlichen Vertragsarztes | des angestellten Arztes

Datum

Unterschrift des PJ-Studenten

Unterschrift des ausbildenden Arztes

Anlage 1 – Erklärung

Mir/uns ist bewusst, dass die KV RLP nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Finanzmittel über die Gewährung und die Höhe der Förderung entscheidet. Die KV RLP prüft bei Antragstellung die aktuelle Sicherstellungssituation. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Förderung besteht nicht. Die Förderbedingungen (vgl. Förderrichtlinie Strukturfonds der KV RLP) sind mir/uns bekannt.

Ich/wir versichere(n) mit meiner/unserer Unterschrift keine weitere Förderung/Zahlung einer Aufwandsentschädigung für das beantragte PJ-Tertial zu erhalten.

Datum

Ort

Unterschrift Bevollmächtigter | ggfs. Stempel

Unterschrift Bevollmächtigter | ggfs. Stempel