

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

Stempel

Antrag auf Förderung des Kurses „Ärztliche Kenntnisprüfung - Crashkurs zur Vorbereitung“ durch die Akademie für Ärztliche Fortbildung Rheinland-Pfalz (Anlage 6)

Hiermit beantrage ich

Name der/des Antragstellenden

PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

Telefon

E-Mail

Beschäftigung in der Praxis als Assistenz

Kontodaten:

Kontoinhaber/in

IBAN

BIC

Kreditinstitut

die Förderung des Kurses „Ärztliche Kenntnisprüfung - Crashkurs zur Vorbereitung“ durch die Akademie für Ärztliche Fortbildung Rheinland-Pfalz.

Voraussetzung für die Auszahlung der Förderung ist eine mindestens sechsmonatige Beschäftigung im ambulanten Bereich in Rheinland-Pfalz nach §§ 8,9 Assistenz-Richtlinie der KV RLP.

- Ich habe bereits eine mindestens sechsmonatige Beschäftigung zum Zweck der Ausbildung als Assistenz gemäß §§ 8, 9 Assistenz-Richtlinie der KV RLP in der vertragsärztlichen Praxis/MVZ in Rheinland-Pfalz absolviert

_____ vom _____ bis _____

absolviert.

- Ich beabsichtige die Kenntnisprüfung in Rheinland-Pfalz zu absolvieren.
- Dem Antrag habe ich meine Teilnahmebescheinigung sowie eine Bescheinigung über die gezahlten Kursgebühren beigefügt.

Ich versichere hiermit, dass ich den Kurs „Ärztliche Kenntnisprüfung - Crashkurs zur Vorbereitung“ durch die Akademie für Ärztliche Fortbildung Rheinland-Pfalz zum Zeitpunkt der Antragstellung innerhalb der letzten sechs Monate vollständig absolviert habe.

_____ Datum

_____ Ort

Unterschrift Antragstellende / Antragstellender