

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

Stempel der/des ausbildenden Ärztin/Arztes

Antrag auf finanzielle Unterstützung für das Absolvieren einer Famulatur gemäß Famulaturrichtlinie

Hiermit beantrage ich

Vorname | Name der/des Antragstellenden

geboren am

Geburtsort

Studienort

PLZ | Ort

Straße

Telefonnummer

E-Mail

Kontodaten:

Kontoinhaber/in*

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN

BIC

Kreditinstitut

die finanzielle Unterstützung für das Absolvieren einer Famulatur.

** Bitte beachten Sie, dass die/der Antragsteller/in mit der/dem Kontoinhaber/in übereinstimmen muss.*

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

Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bestanden:

ja

nein

Fachrichtung

Zeitraum der Famulatur von – bis (mindestens 30 Kalendertage)

Der Antrag ist bis spätestens sechs Monate nach Abschluss der Famulatur bei der KV RLP zu stellen.

Angaben zur Vertragsarztpraxis | zum MVZ

Name der Vertragsarztpraxis | des MVZ

BSNR

Name der/des ausbildungsverantwortlichen Vertragsärztin/Vertragsarztes | der/des angestellten Ärztin/Arztes

Ich versichere hiermit, dass ich die Famulatur zum Zeitpunkt der Antragstellung innerhalb der letzten sechs Monate vollständig absolviert habe.

Dem Antrag habe ich

- einen Nachweis über die Absolvierung der Famulatur mittels Anlage 1 oder einer Kopie des Famulaturzeugnisses
sowie
- eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung

als Nachweise beigefügt.

Datum

Unterschrift der/des Medizinstudierenden

Unterschrift der/des ausbildenden Ärztin/Arztes