



## Antrag auf Förderung des allgemeinmedizinischen Wahl-Tertials im Praktischen Jahr

### 1. Persönliche Daten (bitte vollständig ausfüllen)

Anrede \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße u. Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beginn PJ \_\_\_\_\_ Ende PJ \_\_\_\_\_

Ausbildungsstätte:

Name des/der Arztes/Ärztin \_\_\_\_\_

Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Universität    Messe/Veranstaltung    Anschreiben    Arztpraxis/Kollegen  
 Internet    Presse/Flyer/Werbung    Freunde/Bekannte    \_\_\_\_\_

### 2. Folgende Unterlagen liegen meinem Antrag gesondert bei (bitte ankreuzen/beifügen)

- Bescheinigung über die Durchführung des Studiums der Humanmedizin

Bei Bewilligung Ihres Antrages reichen Sie bitte die Bestätigung durch die betreuende Ärztin/den betreuenden Arzt über die Ableistung des Ausbildungsabschnittes nach Beendigung des Tertials unaufgefordert nach.

### 3. Bankverbindung

Name der Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Name Empfänger/in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

**Bitte Seite 1 und 2 ausfüllen**



## Antrag auf Förderung des allgemeinmedizinischen Wahl-Tertials im Praktischen Jahr

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten grundsätzlich zur Abwicklung unserer Geschäftsbeziehung mit Ihnen zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen und zur Ausführung von Aufträgen. Weitere Informationen können Sie unseren Hinweisen zum Datenschutz gem. Art. 13/14 DS-GVO auf unserer Webseite [www.savth.de](http://www.savth.de) entnehmen.

Die Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung (savth) möchte Sie in diesem Zusammenhang über Neuigkeiten und Fördermöglichkeiten telefonisch, per Post oder per E-Mail kontaktieren und beraten. Dies dient der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Thüringen, wobei Sie über die Suche nach Praxisnachfolger:innen in Thüringen, der Förderung von Praxisneugründungen sowie zu neuen Förderprojekten im Rahmen der Weiterbildung informiert werden sollen. Dabei werden neben Ihren Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum) auch Ihre Kontakt- (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) sowie Weiterbildungsdaten (Fachrichtung, Beginn und Ende) verarbeitet.

Zu diesem genannten Zweck möchten wir Ihre personenbezogenen Daten auch zur Datenverarbeitung an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8 in 99425 Weimar übermitteln.

**Mit der nachfolgenden Unterschrift willige ich ein, dass die savth meine personenbezogenen Daten verarbeiten sowie übermitteln darf.**

**Mir ist bekannt, dass**

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der savth widerrufen kann,
- mir aus meiner Verweigerung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Nachwuchsförderung entstehen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift