



## Antrag auf Förderung von Famulatur-Abschnitten (Antrag muss vor Antritt der Famulatur eingereicht werden)

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

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

Straße u. Hausnr. \_\_\_\_\_

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

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

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Stiftung    Ärztescout/UKJ    Messe/Veranstaltung    Internet/Werbung  
 Arztpraxis    Freunde/Bekannte    KVT/Kompetenzzentrum    \_\_\_\_\_

### 2. Famulatur-Abschnitt in einer vertragsärztlichen Praxis/Einrichtung:

Beginn Famulatur \_\_\_\_\_ Ende Famulatur \_\_\_\_\_

Anschrift der Praxis/Einrichtung \_\_\_\_\_

Name des Arztes/der Ärztin \_\_\_\_\_

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

- Bescheinigung über die Durchführung des Studiums der Humanmedizin (Studienbescheinigung für den Zeitraum des Famulatur-Abschnitts)

### 4. Bankverbindung für die Auszahlung der Förderung nach Ableistung der Famulatur

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

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Name Empfänger/in \_\_\_\_\_

#### Hinweise:

Der Antrag muss vor Antritt der Famulatur bei der Stiftung eingereicht werden. Sofern Sie bis zum Beginn Ihres Famulatur-Abschnitts keine Rückmeldung bzgl. Ihres Antrages erhalten haben sollten, setzen Sie bitte spätestens am Vortag telefonisch oder per Mail die Stiftung darüber in Kenntnis, um eine Bewilligung Ihres Antrages auch im Nachhinein garantieren zu können.

Sobald Ihnen die Bestätigung durch die betreuende Ärztin/den betreuenden Arzt über die Ableistung der Famulatur (Famulaturzeugnis) vorliegt, reichen Sie dies bitte unaufgefordert nach.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und dass ich die vorstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen und verstanden habe.**

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

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

**Bitte Seite 1 und 2 ausfüllen!**



## **Antrag auf Förderung von Famulatur-Abschnitten** (Antrag muss vor Antritt der Famulatur eingereicht werden)

### **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

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 im Freistaat Thüringen 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 und das Kompetenzzentrum Weiterbildung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8 in 99425 Weimar übermitteln.

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

Mir ist bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Stiftung 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 Antragsteller/in