



Antrag auf Förderung des Mentoren-Projekts für Mentee

(Antrag muss **spätestens 4 Wochen nach Ausstellung der Teilnahmebescheinigung** eingereicht werden)

1. Persönliche Daten (bitte vollständig ausfüllen)

Anrede _____ Name _____ Vorname _____

Straße u. Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Fachrichtung: _____

2. Mentoren-Projekt

Datum des Mentoren-Vertrages _____

Zeitraum des Mentoren-Projekts _____

Mentor:

Name des Mentors _____

Anschrift der Praxis _____

3. Teilnahmebestätigung (vom UKJ auszufüllen)

Hiermit wird durch das Universitätsklinikum Jena (Ärztescout) bestätigt, dass der/die Antragsteller/in die Vertragsziele des Mentoren-Projekts als Mentee erfolgreich erfüllt hat, was ihm/ihr durch eine Teilnahmebescheinigung bestätigt wurde.

Datum der Teilnahme-
bestätigung

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift UKJ

5. Bankverbindung für die Auszahlung der Förderung

Name der Bank _____

IBAN _____ BIC _____

Kontoinhaber/in _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Bitte Seite 1 und 2 ausfüllen



Antrag auf Förderung des Mentoren-Projekts für Mentee

(Antrag muss **spätestens 4 Wochen nach Ausstellung der Teilnahmebescheinigung** eingereicht werden)

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 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