



Informationen zur Erfüllung der Vertragsziele (bei Vergabe eines Thüringen-Stipendiums)

Persönliche Daten

Anrede _____ Titel _____ Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Informationen gemäß Vertrag (Thüringen-Stipendium) (zutreffendes bitte ankreuzen/ausfüllen)

- Ich habe die Weiterbildung zu dem Fachgebiet _____ absolviert:
 - ja, Ende der Weiterbildung am _____
 - nein, voraussichtliches Ende der Weiterbildung am _____
 - Weiterbildung wird momentan unterbrochen von/bis _____
 - Weiterbildung wurde abgebrochen am _____
 - sonstige Angaben: _____

- Ich habe an der entsprechenden Facharztprüfung teilgenommen (bitte Kopie der Facharzturkunde beifügen):
 - ja, am _____ Facharzturkunde erhalten am _____
 - nein, ich habe noch nicht teilgenommen
 - voraussichtlicher Termin am _____
 - sonstige Angaben: _____

- Ich nehme nach erfolgreichem Abschluss der Facharztweiterbildung für die Dauer von mindestens 4 Jahren als Fachärztin/Facharzt an der vertragsärztlichen Versorgung in Thüringen teil (bitte Kopie des Zulassungsbescheides/Anstellungsvertrages beifügen):
 - vorerst Anstellung als Praxisassistent/-in
von/bis _____ Ort _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - ja, in eigener Niederlassung
ab _____ Ort _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - nein, aber geplante eigene Niederlassung
ab _____ Ort _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - ja, in Anstellung
ab _____ Ort _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - nein, aber geplante Anstellung
ab _____ Ort _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - sonstige Angaben: _____

- Ich habe Interesse an einer Stiftungs-Praxis (Informationen auf der Internetseite www.savth.de) und bitte um Kontaktaufnahme: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift