



Antrag auf Vergabe des Thüringen-Stipendiums für die Facharztweiterbildung (gemäß Statut Punkt 1.2 und 1.3)

Persönliche Daten (bitte vollständig ausfüllen)

Anrede _____ Titel _____ Name _____ Vorname _____

Straße u. Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Email _____

Geburtsort _____ Geburtsdatum _____

Weiterbildung Fachgebiet _____

Weiterbildungsbeginn _____ Weiterbildungsende _____

Weiterbildungsabschnitte (bereits absolviert) bis zum Monat der Antragsstellung:

	Datum (von)	Datum (bis)	Std./Woche	Monate (in VZ)	WB-Betrieb (ambulant/stationär)
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____

Unterbrechungen (von/bis) _____

Anzahl der Monate (Anerkennung aus anderer Facharztweiterbildung) _____

Anzahl der Monate, welche noch absolviert werden müssen _____
(ab dem darauffolgenden Monat der Antragsstellung in Vollzeit gerechnet, bei Angabe in Teilzeit die wöchentliche Stundenanzahl ebenfalls angeben)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

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

Folgende Unterlagen liegen dem Antrag bei (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Kopie Approbationsurkunde
 Kopie Weiterbildungsvertrag (Arbeitsvertrag des/der derzeitigen Arbeitgebers/in)
 Nachweis über Anerkennung von Weiterbildungszeiten (bei der zuständigen LÄK beantragen)
Sofern noch keine Weiterbildungsabschnitte absolviert wurden, entfällt dieser Nachweis!
 Nachweis einer Weiterbildungsermächtigung (bei/m derzeitigen Arbeitgeber/in erfragen)

Bankverbindung für die Auszahlung der Förderung

Name der Bank _____

IBAN _____ BIC _____

Name Empfänger/in _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Bitte Seite 1 und 2 ausfüllen!



Antrag auf Vergabe des Thüringen-Stipendiums für die Facharztweiterbildung (gemäß Statut Punkt 1.2 und 1.3)

Erklärungen zu den Verpflichtungen

Hiermit erkläre ich, dass

- ich die vorgeschriebene Facharztweiterbildung absolviere und an der entsprechenden Facharztprüfung teilnehmen werde.
- ich mich verpflichte, bei Abbruch der Facharztweiterbildung bzw. bei Nichterreichung des Förderzwecks die gewährten Fördermittel an die Stiftung zurückzuzahlen.
- ich mich verpflichte, unmittelbar nach erfolgreichem Abschluss der Facharztweiterbildung für die Dauer von mindestens vier Jahren (mit mindestens 20 Wochenstunden) an der vertragsärztlichen Versorgung in Thüringen teilzunehmen.

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

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

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 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