

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

Anrede _____ Titel _____ Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Informationen gemäß Vertrag (Thüringen-Stipendium)

(zutreffendes bitte ankreuzen/ausfüllen)

- Ich habe die vorgeschriebene Weiterbildung zu dem Fachgebiet Allgemeinmedizin/Augenheilkunde (zutreffendes bitte unterstreichen) 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 Facharztanerkennung beifügen):
 - ja, am _____ Facharztanerkennung 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 Ärztin/Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung in Thüringen teil (bitte Kopie des Zulassungsbescheides/Anstellungsvertrages beifügen):
 - ja, in eigener Niederlassung
in (Ort) _____ ab _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - ja, als angestellte/r Ärztin/Arzt
in (Ort) _____ ab _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - nein, aber geplante eigene Niederlassung
in (Ort) _____ ab _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - nein, aber geplante Anstellung
in (Ort) _____ ab _____ wöchentliche Arbeitszeit _____
 - sonstige Angaben: _____

Ort, Datum, Unterschrift