

Antrag auf Gewährung von Fördermitteln im Rahmen der Hospitationsförderung des Kreises Viersen

Praxisinhaberin/Praxisinhaber:

| | |
|-------------------------|--|
| Name, Vorname | |
| Fachärztin/Facharzt für | |
| Geburtsdatum | |
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail Adresse | |

Ich beabsichtige

- eine Praxisübergabe innerhalb von drei Jahren
- eine Neuanstellung einer Ärztin/eines Arztes zur Erweiterung des Praxisteam in absehbarer Zeit

und beantrage hiermit im Namen der/des nachfolgend genannten Interessentin/Interessenten an einer Übernahme oder Anstellung die Fördermittel im Rahmen der Hospitationsförderung des Kreises Viersen.

Die erforderliche Hospitationsvereinbarung und eine Ermächtigung der Interessentin/des Interessenten sowie die Einwilligungen der Beteiligten zur zweckgebundenen Verarbeitung der personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung sind beigefügt.

| | |
|---|--|
| Praxisanschrift | |
| Grund für die Praxisübergabe/Neuanstellung | |
| Beabsichtigter Übergabe-/Anstellungszeitpunkt | |

Interessentin/Interessent:

| | |
|---|-----------------|
| Name, Vorname | |
| Geboren am / in | |
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail Adresse | |
| Approbation als Ärztin/Arzt seit | |
| Ggf.: Fachärztin/Facharzt für | |
| Ggf.: In Facharztausbildung seit | |
| Ggf.: Voraussichtlicher Facharztabschluss | |
| Bankverbindung | BIC |
| | IBAN |
| | Bank |
| | Kontoinhaber/in |

Hospitation

Die Interessentin/der Interessent beabsichtigt, in der Zeit vom _____ bis _____ (Datum) in der o. g. Praxis zu hospitieren. Die Hospitation findet ganztägig im zeitlichen Umfang der üblichen Praxiswoche statt und beträgt mindestens 5 zusammenhängende Werktage. Die hierzu getroffene und unterzeichnete Vereinbarung ist im Original beigelegt.

Erklärung

Die Interessentin/der Interessent hat sich der Praxisinhaberin/dem Praxisinhaber gegenüber ausgewiesen (Personalausweis hat vorgelegen) und ihm das Original der Approbationsurkunde vorgelegt. Die Interessentin/der Interessent

- erfüllt die Voraussetzungen zur Übernahme/Anstellung in der o. g. Praxis
- kann die Voraussetzungen zur Übernahme/Anstellung in der o. g. Praxis in absehbarer Zeit – voraussichtlich zum _____ erfüllen.

Folgende Unterlagen der Interessentin/des Interessenten sind diesem Antrag beigefügt:

- Motivationsschreiben
- Lebenslauf
- Kopie der Approbationsurkunde

Die Praxisinhaberin/der Praxisinhaber versichert, dass

- die o.g. Interessentin/ der o.g. Interessent bisher nicht in der o.a. Praxis tätig war
- kein Verwandtschaftsverhältnis ersten oder zweiten Grades zwischen ihr/ ihm und der Interessentin/dem Interessenten besteht.

Die Praxisinhaberin/der Praxisinhaber der o. g. Praxis verpflichtet sich, innerhalb eines Monats nach Beendigung der Hospitation über den Verlauf der Hospitation und die Entscheidung der Interessentin/des Interessenten unaufgefordert dem Kreis Viersen – Kommunale Gesundheitskonferenz, Ärztescout Frau Laura Otten – schriftlich zu berichten. Zudem übersendet die Praxisinhaberin/ der Praxisinhaber den unterschriebenen schriftlichen Bericht der Hospitantin/ des Hospitanten sowie den „Zeiterfassungsbogen zur Hospitationsförderung“ von beiden Parteien unterschrieben.

Ort, Datum

Unterschrift Praxisinhaberin/ Praxisinhaber