



Bezirksstellen Düsseldorf/Köln, Abteilung Sicherstellung, 40182 Düsseldorf

Ansprechpartnerinnen:

Maike Rettig Svenja Potthoff	☎ 0211 / 59 70 – 8631 ☎ 0211 / 59 70 – 8892 📠 0211 / 59 70 – 8146	✉ Strukturfonds@kvno.de
---------------------------------	---	--

Bitte sehen Sie von telefonischen Anfragen nach dem Antragseingang ab. Nach der Durchsicht des Antrages erhalten Sie eine Eingangsbestätigung.

Anträge

**auf Genehmigung zur Beschäftigung
 eines Arztes* in Qualifizierung
 nach dem *Konsenspapier zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung*
 sowie
 der *Durchführungsrichtlinie des Vorstandes der KV Nordrhein über die befristete
 Niederlassungsbegleitung und -förderung von Allgemeininternisten (Qualifizie-
 rungsjahr) zum Konsenspapier zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung*
 und
 auf Gewährung einer Förderung dieser Beschäftigung**

1. Antragsteller

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) _____	(Name der BAG)
<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) _____	
(Name des MVZ)	
BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
Ich, Anrede, Titel _____	ggf. LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nachname _____	Vorname _____
ggf. Facharztbezeichnung _____	
<input type="checkbox"/> bin in o. g. Einzelpraxis zugelassener Vertragsarzt.	
<input type="checkbox"/> bin Vertretungsberechtigter der o. g. BAG.	
<input type="checkbox"/> bin Vertretungsberechtigter des o. g. MVZ.	

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Antragsformular auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

2. Arzt in Qualifizierung

Anrede, Titel _____	ggf. LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nachname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Telefonnr. _____
Wohnort _____ (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
E-Mail-Adresse _____	

3. zur Weiterbildung befugter Arzt (Weiterbilder)

Der Arzt in Qualifizierung ist folgendem/n Weiterbilder(n) zugeordnet:

dem Antragsteller persönlich oder / und

dem/n folgenden beim Antragsteller tätigen Weiterbilder(n):

3.1 Anrede, Titel _____	LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nachname _____	Vorname _____
Facharztbezeichnung _____	

3.2 Anrede, Titel _____	LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nachname _____	Vorname _____
Facharztbezeichnung _____	

3.3 Anrede, Titel _____	LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nachname _____	Vorname _____
Facharztbezeichnung _____	

3.4 Anrede, Titel _____	LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nachname _____	Vorname _____
Facharztbezeichnung _____	

4. Förderzeitraum

vom _____ bis zum _____

in Vollzeit

in Teilzeit (mind. Hälfte der wöchentlichen Regelarbeitszeit): _____ %

Die für diese Anträge notwendigen und im Folgenden aufgeführten Unterlagen habe ich beigefügt:

- Persönliche Erklärung des Antragstellers zum Antrag auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung eines Arztes in Qualifizierung (unter Verwendung des bzw. mit den Inhalten des hierfür verfügbaren Formulars)
- Persönliche Erklärung des Arztes in Qualifizierung zum Antrag auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung eines Arztes in Qualifizierung (unter Verwendung des bzw. mit den Inhalten des hierfür verfügbaren Formulars)
- Approbationsurkunde des Arztes in Qualifizierung (nur erforderlich, sofern im Arztregister keine Eintragung vorliegt)
- Facharzturkunde des Arztes in Qualifizierung (nur erforderlich, sofern im Arztregister keine Eintragung vorliegt)
- Nachweis des Arztes in Qualifizierung über das derzeitige bzw. letzte stationäre Beschäftigungsverhältnis
- Gehaltsnachweise des Arztes in Qualifizierung der letzten drei Beschäftigungsmonate
- Nachweis des Antragstellers über die von der Ärztekammer Nordrhein erteilte Befugnis zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
- Nachweis des Antragstellers über die von der Ärztekammer Nordrhein erteilte Zulassung seiner hausärztlichen Praxis als Weiterbildungsstätte in der Allgemeinmedizin
- Anstellungsvertrag zwischen der anstellenden Praxis und dem Arzt in Qualifizierung, aus dem sich die Dauer der Qualifizierungsmaßnahme, die wöchentliche Arbeitszeit sowie das vereinbarte Entgelt ergeben

Ort, Datum	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Antragstellers (Vertragsarzt bzw. BAG-/MVZ-Vertretungsberechtigter gemäß Ziff. 1 des Antrags)
------------	---

Allgemeine Hinweise zum Antrag auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung eines Arztes* in Qualifizierung

- Förderberechtigt sind ausschließlich von der Ärztekammer Nordrhein zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin befugte Vertragsärzte, die in einer von der Ärztekammer Nordrhein als Weiterbildungsstätte in der Allgemeinmedizin zugelassenen hausärztlichen Praxis tätig sind.
- Förderfähig ist ausschließlich die befristete, gemäß § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV genehmigte Beschäftigung von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung im Qualifizierungsjahr, die derzeit stationär tätig sind bzw. zuletzt waren und bislang in noch nicht ausreichendem Maße Erfahrungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gesammelt haben und zu Beginn der Qualifizierungsmaßnahme das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- Die Qualifizierungsmaßnahme kann in Nordrhein-Westfalen einmalig je Allgemeininternist für die Dauer von bis zu einem Jahr absolviert werden. Sie soll einen Zeitraum von 3 Monaten nicht unterschreiten.
- Die Absolvierung der Qualifizierungsmaßnahme kann sowohl in Vollzeit, als auch in Teilzeit absolviert werden. Im Falle der Tätigkeit in Vollzeit muss die wöchentliche Arbeitszeit mindestens 40 Stunden betragen. Bei einer Tätigkeit in Teilzeit darf eine wöchentliche Arbeitszeit von 20 Stunden nicht unterschritten werden. Die Absolvierung der Qualifizierungsmaßnahme in Teilzeit berührt die maximale Dauer der Qualifizierungsmaßnahme nicht.
- Die Qualifizierungsmaßnahme wird während ihrer Dauer monatlich mit einem Betrag von bis zu 9.000 € durch die KV Nordrhein gefördert. Der monatliche Förderbetrag orientiert sich grundsätzlich an dem Durchschnittsbetrag der für die letzten drei Beschäftigungsmonate vor Antragstellung gezahlten Brutto-Monatsgehälter, die der Arzt in Qualifizierung im Krankenhaus erhalten hat.
- Erfolgt die Qualifizierungsmaßnahme in einer Gemeinde mit mehr als 40.000 Einwohnern, ist der monatliche Förderbetrag begrenzt auf die Höhe des von Kostenträgern und Kassenärztlichen Vereinigungen monatlich zu zahlenden Förderbetrages für den ambulanten Bereich nach der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V.
- Der Förderbetrag wird von der KV Nordrhein jeweils zu Beginn eines Folgemonats auf das Honorarkonto des Praxisinhabers überwiesen. Der Förderbetrag ist ein Zuschuss zum Brutto-Gehalt des Arztes in Qualifizierung und muss in voller Höhe an ihn weitergegeben werden.
- Ein Rechtsanspruch auf Gewährung einer Förderung besteht nicht. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass das für die Förderung zur Verfügung stehende Finanzvolumen begrenzt ist auf die Höhe des Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V. Der Vorstand der KV Nordrhein entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel des Strukturfonds über Fördermaßnahmen.
- Eine Entscheidung über den Antrag kann nur erfolgen, wenn der KV Nordrhein alle für die Entscheidung über den Antrag erforderlichen Angaben und Unterlagen gemäß Ziffer 3 des Antrages vorliegen.
- Soweit mehrere entscheidungsreife Anträge vorliegen, aber nicht in ausreichendem Umfang finanzielle Mittel des Strukturfonds zur Verfügung stehen, entscheidet grundsätzlich das Datum des vollständigen Antragseingangs über die Gewährung der Förderung. Bei Vorliegen mehrerer entscheidungsreifer Anträge und nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehender finanzieller Mittel kann ggf. auch eine anteilige Förderung erfolgen. Der Vorstand der KV Nordrhein behält sich vor, im Einzelfall abweichende Entscheidungen zu treffen, wenn einzelne Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung als besonders förderungswürdig erscheinen. Maßgeblich sind die Umstände des Einzelfalles unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck der jeweiligen Fördermaßnahme.

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesen Hinweisen auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten (Art. 13 und 14 DSGVO)

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung, sonstiger in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union geltenden Datenschutzgesetze und anderer Bestimmungen mit datenschutzrechtlichem Charakter ist die:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

vertreten durch den Vorstand
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Deutschland

Name und Anschrift der Datenschutzbeauftragten

Die Datenschutzbeauftragte der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein:
Eva Schwindt
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Deutschland
Tel.: +49 211 59 70-0
[E-Mail: Datenschutzbeauftragter@kvno.de](mailto:Datenschutzbeauftragter@kvno.de)

I) Angaben zur Verarbeitungstätigkeit:

1.1 Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:

Zweck der Verarbeitung ist die Erfüllung der hoheitlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, wie sie sich vornehmlich aus dem Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (im Weiteren SGB V) ergeben. Dazu gehören gemäß § 285 SGB V insbesondere:

- Verarbeitung von Daten zum Führen des Arztregisters,
- Erfüllung des Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung,
- Vergütung von ambulanten Krankenhaus- und belegärztlichen Leistungen,
- Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 bis 106c SGB V) sowie
- Durchführung von Qualitätsprüfungen (§ 135 b SGB V).

Daneben werden personenbezogene Daten zur satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung der Kassenärztlichen Vereinigung als Selbstverwaltungsorgan der Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten verarbeitet. Hierzu gehören insbesondere Vorbereitung und Durchführung von Wahlen, Gremienbildung und deren Tätigkeit (z. B. Vertreterversammlung, Fachausschüsse, sonstige Ausschüsse etc.), Disziplinarangelegenheiten oder Rechtsstreitigkeiten.

Des Weiteren erfolgt eine Verarbeitung von personenbezogenen Daten, um technische Dienstleistungen anzubieten. Dazu gehören insbesondere die angebotenen Dienste, welche über die öffentliche Webseite und das Mitgliederportal der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu erreichen sind, z. B. die Dienste Veranstaltungsanmeldung, Onlinebewerbung auf ausgeschriebene Vertragsarztsitze und die Arztsuche sowie die Nutzung der öffentlichen Webseite und des Mitgliederportals der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein selbst.

Ihre Daten werden zudem im Zusammenhang mit Verträgen im Bereich der Besonderen Versorgung, u. a. auch mit der Variante der Einschreibung von Versicherten, verarbeitet.

1.2 Kategorien der personenbezogenen Daten

Für die vorgenannten Zwecke werden, soweit erforderlich, die nachfolgenden Datenkategorien verarbeitet:

- Personenstammdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.)
- Abrechnungs- Leistungs- und Verwaltungsdaten
- Gesundheitsdaten

Zusätzlich von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten:

- Qualifikationsmerkmale (z.B. Facharztbezeichnung, Genehmigungen)
- Steuerdaten

1.3 Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit:

Die vorgenannten Verarbeitungszwecke erfolgen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit c DSGVO i.V.m. den oben genannten Vorschriften zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen.

Gegebenenfalls erforderliche Einwilligungen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO werden vor Beginn der Verarbeitungstätigkeit eingeholt. Die Anforderungen an die Einwilligungserklärung gemäß Art. 7 Abs. 1-4 DSGVO werden dabei erfüllt.

1.4 Kategorien von Empfängern:

Soweit gesetzlich vorgeschrieben, übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Ihre personenbezogenen Daten an andere öffentliche Stellen zur Erfüllung deren gesetzlichen Aufgaben. Dazu zählen u. a. die Kassenärztliche Bundesvereinigung, andere Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Wirtschaftlichkeitsprüfeinrichtungen, Zulassungsgremien, Ärztekammern, Approbationsbehörden, andere Sozialleistungsträger, (Sozial-)Gerichte und berechtigte Behörden, soweit zu deren Auftragserfüllung notwendig.

Sollte eine Übermittlung an einen Empfänger innerhalb einer der genannten Kategorie erfolgen, so werden Sie über den Empfänger informiert, wenn nicht eine der Ausnahmen nach § 82 Abs. 1 und Abs. 2 SGB X oder die Voraussetzung des Art. 13 Abs. 4 DSGVO vorliegt.

II) Zusätzliche Informationspflichten:

2.1 Speicherdauer der personenbezogenen Daten:

Für die personenbezogenen Daten gibt es unterschiedliche Aufbewahrungsfristen, welche in § 304 SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) geregelt sind. Entfällt der Verarbeitungszweck, werden die betreffenden personenbezogenen Daten gelöscht.

2.2 Rechte der betroffenen Person:

Sie können folgende Rechte ausüben, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)

Soweit die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Im Falle der Geltendmachung Ihrer oben genannten Rechte werden wir Ihre Daten verarbeiten, soweit dies erforderlich ist.

Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an den oben genannten Datenschutzbeauftragten bzw. an den Ihnen ggf. bekannten Ansprechpartner/in.

2.3 Beschwerderecht:

Sie haben ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 384240
Fax: 0211/38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

2.4 Quellen der personenbezogenen Daten bei Dritterhebung:

Die bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein verarbeiteten Daten stammen insbesondere von:

- Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten
- Krankenhäusern
- Krankenkassen und Sonstigen Kostenträgern
- Anderen Kassenärztlichen Vereinigungen
- Ärztekammern
- Prüf- und Zulassungsgremien
- Anderen Behörden

2.5 Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten:

Die Bereitstellung der in Kapitel 1.2 genannten personenbezogenen Daten ist gesetzlich und/oder vertraglich vorgeschrieben.

Die Nichtbereitstellung hätte den Verlust des Leistungs- bzw. Vergütungsanspruchs zur Folge.

Persönliche Erklärung des Antragstellers*
zum Antrag auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung eines Arztes in Qualifizierung
nach dem *Konsenspapier zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung*

Hiermit erkläre ich,

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Antragstellers gemäß Ziff. 1 des Antrags

zum Antrag auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung des Arztes in Qualifizierung

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Arztes in Qualifizierung gemäß Ziff. 2 des Antrags

Folgendes:

dass ich gegenüber der KV Nordrhein sämtliche Angaben getätigt und Unterlagen eingereicht habe, die für die Entscheidung über den Antrag erforderlich sind und eine Prüfung zulassen, ob und inwieweit der Förderzweck erfüllt wird. Die im Rahmen des Antragsformulars getätigten Angaben sind richtig und vollständig. Auf Verlangen der KV Nordrhein verpflichtete ich mich, weitere Unterlagen einzureichen, sofern diese für eine Entscheidung über den Antrag erforderlich sind. Ich verpflichtete mich, sämtliche Änderungen, die Auswirkungen auf die Gewährung oder die Höhe der finanziellen Förderung haben könnten, der KV Nordrhein unverzüglich mitzuteilen. Mir ist bewusst, dass die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, sofern die für die Bewilligungsentscheidung ursächlichen Angaben unrichtig waren oder die Bewilligungsvoraussetzungen nachträglich entfallen. In diesem Falle besteht die Verpflichtung zur anteiligen oder vollständigen Rückzahlung der bereits gewährten Förderung. Dies gilt ebenfalls, sofern die gewährte Förderung nicht für den mit der Fördermaßnahme verbundenen Förderzweck verwendet wird.

Mir ist bewusst, dass ein Rechtsanspruch auf Gewährung einer Förderung nicht besteht. Die Förderbedingungen des *Konsenspapiers zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung* i.V.m. der *Durchführungsrichtlinie des Vorstandes der KV Nordrhein über die befristete Niederlassungsbegleitung und -förderung von Allgemeininternisten (Qualifizierungsjahr) zum Konsenspapier zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung* sind mir bekannt. Die *Allgemeinen Hinweise* und die *Informationen über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bei der KV Nordrhein gemäß Art. 13 DSGVO* habe ich zur Kenntnis genommen.

Darüber hinaus erkläre ich, dass ich

- die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Qualifizierung weitergeben werde,
(Anmerkung: Eine Einbehaltung der im Rahmen des Anstellungsverhältnisses zu leistenden Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung von den Fördermitteln ist nicht zulässig.)
- binnen drei Monaten nach Beendigung der Qualifizierungsmaßnahme, der KV Nordrhein einen Nachweis über die an den Arzt in Qualifizierung gezahlten Förderbeträge (z.B. durch Vorlage von Gehaltsabrechnungen) zusende werde.

Ort, Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Antragstellers
(Vertragsarzt bzw. BAG-/MVZ-Vertretungsberechtigter gemäß Ziff. 1 des Antrags)

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Formular auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

**Persönliche Erklärung des Arztes* in Qualifizierung
zum Antrag auf Gewährung einer Förderung der Beschäftigung eines Arztes in Qualifizierung
nach dem *Konsenspapier zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung***

Hiermit erkläre ich,

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Arztes in Qualifizierung gemäß Ziff. 2 des Antrags

zum Antrag des

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Antragstellers gemäß Ziff. 1 des Antrags

Folgendes:

Meine Beschäftigung als Arzt in Qualifizierung bei dem o. g. Antragsteller findet statt

vom _____ bis _____ und findet statt

in Vollzeit

in Teilzeit: ____ %

Ferner erkläre ich, dass ich

- die begehrte Qualifizierungsmaßnahme noch nicht bei der KV Westfalen-Lippe absolviert habe,
- binnen drei Monaten nach Beendigung der Qualifizierungsmaßnahme der KV Nordrhein eine Auflistung der an mich für den Zeitraum der Qualifizierungsmaßnahme gezahlten Brutto-Gehälter zusende.

Mir ist bewusst, dass die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, sofern die für die Bewilligungsentscheidung ursächlichen Angaben unrichtig waren oder die Bewilligungsvoraussetzungen nachträglich entfallen. In diesem Falle besteht die Verpflichtung zur anteiligen oder vollständigen Rückzahlung der bereits gewährten Förderung. Dies gilt ebenfalls, sofern die gewährte Förderung nicht für den mit der Fördermaßnahme verbundenen Förderzweck verwendet wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes in Qualifizierung

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Formular auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

Einwilligung des Arztes* in Qualifizierung in die Verwendung seiner personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich,

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Arztes in Qualifizierung gemäß Ziff. 2 des Antrags

ein, dass die KV Nordrhein mich über anstehende Veranstaltungen, Seminare und Beratungsangebote informieren und diesbezüglich postalisch, telefonisch, per Email oder per Fax Kontakt mit mir aufnehmen darf.

Damit, dass die KV Nordrhein dafür die über mich gespeicherten, personenbezogenen Daten (Namen, Geburtsdatum und -ort, Adresse, Telefonnummer, Emailadresse) zu dem vorgenannten Zweck verwendet und verarbeitet, bin ich

einverstanden

nicht einverstanden

Das Antragsverfahren auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Qualifizierung und Gewährung einer Förderung dieser Beschäftigung ist von der Einwilligung unabhängig.

Mir ist bekannt, dass ich die erteilte freiwillige Einwilligung jederzeit und für die Zukunft formlos widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes in Qualifizierung

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Formular auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.