




Abteilung Sicherstellung, 40182 Düsseldorf

Ansprechpartner/-innen:

Nina Verhülsdonk	 0211 / 59 70 – 8504  0211 / 59 70 – 9504	 <a href="mailto:Nina.Verhuelsdonk@kvno.de">Nina.Verhuelsdonk@kvno.de</a>
------------------	--	--

## Erklärung des Arztes\* in Weiterbildung über die im Zeitraum der geförderten Weiterbildung erhaltenen Bruttogehälter

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_

Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Arztes in Weiterbildung

zur Weiterbildung bei

\_\_\_\_\_

Name, Adresse der Weiterbildungspraxis (Vertragsarzt, BAG oder MVZ)

Folgendes:

Für den Förderzeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
wurde Bruttolohn in Höhe von monatlich jeweils \_\_\_\_\_ €

bei ggf. unterschiedlichen Tätigkeitsumfängen und/oder Bruttolöhnen:

und für den Förderzeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
wurde Bruttolohn in Höhe von monatlich jeweils \_\_\_\_\_ €

und für den Förderzeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
wurde Bruttolohn in Höhe von monatlich jeweils \_\_\_\_\_ €

und für den Förderzeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
wurde Bruttolohn in Höhe von monatlich jeweils \_\_\_\_\_ €

durch die o. g. Praxis an mich ausgezahlt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

\* 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.