

Ansprechpartner/in:

Maike Rettig ☎ 0211 / 5970 - 8631

✉ strukturfonds@kvno.de

Stefan Schröder ☎ 0211 / 5970 - 8429

☎ 0211 / 5970 - 33258

**Erklärung des Arztes* in Weiterbildung / Arztes* in Qualifizierung
über die im Zeitraum der geförderten Beschäftigung erhaltenen Bruttogehälter**

Hiermit erkläre ich,

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

zur Beschäftigung bei

Name, Adresse der Praxis (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 / 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.