



Antrag auf Förderung der Facharztweiterbildung in der Augenheilkunde (Weit-Blick)

1. Daten zum Krankenhaus

Krankenhaus

Anrede Titel Name Vorname

Straße u. Hausnr.

PLZ Ort

Telefon E-Mail

2. Daten zum/r Weiterbildungsarzt/-ärztin

Titel, Vorname, Name

Weiterbildungsbeginn Weiterbildungsende

Stundenanzahl pro Woche

Hospitationspraxis (Name/Ort)

3. Folgende Unterlagen liegen dem Antrag gesondert bei (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Kopie des Weiterbildungsvertrages
- Kopie des Hospitationsvertrages
- Nachweis einer gültigen Weiterbildungsermächtigung
- Nachweis über die Schaffung einer zusätzlichen Weiterbildungsstelle

4. Bankverbindung des Krankenhauses

Name der Bank

IBAN BIC

Name Empfänger/in

Hinweise:

Eine monatliche Auszahlung der Förderung an das Krankenhaus erfolgt erst nach Bewilligung des Antrages sowie Erfüllung aller Voraussetzungen zu der Fördermaßnahme:

- Die Förderung der Weiterbildungsstelle setzt voraus, dass der/die Arzt/Ärztin in Weiterbildung einen Antrag auf Vergabe eines Thüringen-Stipendiums bei der Stiftung stellt. Das entsprechende Antragsformular befindet sich auf der Website www.savth.de.
- Das Krankenhaus versichert, dass für die Fördermaßnahme eine zusätzliche Weiterbildungsstelle geschaffen wurde und weist dies schriftlich nach (siehe Pkt. 3).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner o.g. Angaben und dass ich die vorstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Bitte Seite 1 und 2 ausfüllen!



Antrag auf Förderung der Facharztweiterbildung in der Augenheilkunde (Weit-Blick)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten grundsätzlich zur Abwicklung unserer Geschäftsbeziehung mit Ihnen zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen und zur Ausführung von Aufträgen. Weitere Informationen können Sie unseren Hinweisen zum Datenschutz gem. Art. 13/14 DS-GVO auf unserer Webseite www.savth.de entnehmen.

Die Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen möchte Sie in diesem Zusammenhang über Neuigkeiten und Fördermöglichkeiten telefonisch, per Post oder per E-Mail kontaktieren und beraten. Dies dient der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Thüringen, wobei Sie über die Suche nach Praxisnachfolger:innen in Thüringen, der Förderung von Praxisneugründungen sowie zu neuen Förderprojekten im Rahmen der Weiterbildung informiert werden sollen. Dabei werden neben Ihren Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum) auch Ihre Kontakt- (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) sowie Weiterbildungsdaten (Fachrichtung, Beginn und Ende) verarbeitet.

Zu diesem genannten Zweck möchten wir Ihre personenbezogenen Daten auch zur Datenverarbeitung an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen und das Kompetenzzentrum Weiterbildung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8 in 99425 Weimar übermitteln.

Mit der nachfolgenden Unterschrift willige ich ein, dass die Stiftung meine personenbezogenen Daten verarbeiten sowie übermitteln darf.

Mir ist bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Stiftung widerrufen kann.
- mir aus meiner Verweigerung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Nachwuchsförderung entstehen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in