



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

Daten zum Krankenhaus

Krankenhaus _____

Anrede _____ Titel _____ Name _____ Vorname _____

Straße u. Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Email _____

Daten zum/r Weiterbildungsarzt/-ärztin

Titel, Vorname, Name _____

Weiterbildungsbeginn _____ Weiterbildungsende _____

Stundenanzahl pro Woche _____

Hospitationspraxis (Name/Ort) _____

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

- Kopie des Weiterbildungsvertrages
- Kopie des Hospitationsvertrages
- Nachweis einer gültigen Weiterbildungsermächtigung

Bankverbindung des Krankenhauses

Name der Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Name Empfänger/in _____

Hinweise zum Antragsverfahren

Nach Antragseingang erhält das Krankenhaus einen Vertrag zur Förderung der Weiterbildungsstelle. Nach Unterzeichnung des Vertrages und vollständiger Übermittlung aller Unterlagen (Pkt. 3) erfolgt die monatliche Auszahlung der Förderung an das Krankenhaus.

Die Förderung der Weiterbildungsstelle setzt voraus, dass der/die Weiterbildungsarzt/-ärztin einen Antrag auf Vergabe eines Thüringen-Stipendiums bei der Stiftung stellt. Das entsprechende Antragsformular befindet sich auf der Website www.savth.de unter der Rubrik „Thüringen-Stipendium“.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Bitte Seite 1 und 2 ausfüllen



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

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

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 (savth) 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, Zum Hospitalgraben 8 in 99425 Weimar übermitteln.

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

Mir ist bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der savth 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