

**Antragsformular
Förderung der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin
im Landkreis Heidekreis**

Landkreis Heidekreis
Wirtschaftsförderung und Klimaschutz
Harburger Str. 2
29614 Soltau

Eingang:

Mögliche Antragsteller: Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin während der zweijährigen ambulanten Weiterbildungszeit.

Ich beantrage die Gewährung einer Förderung in Höhe von **500,- € monatlich für ___ Monate** (max. 24 Monate) im Rahmen der Richtlinie „Förderung der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin im Landkreis Heidekreis“.

1. Angaben zum Antragsteller/zur Antragstellerin

Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Bankverbindung	IBAN:
	BIC:
	Bank:

2. Angaben über die Weiterbildung

Zeitraum der Weiterbildung	
Ausbildende/r Arzt/ Ärztin	
Anschrift der Arztpraxis	

Der Antragsteller/die Antragstellerin erklärt hiermit, dass

- die Richtlinie über die Förderung der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin im Landkreis Heidekreis von ihm/ihr anerkannt wurde und versichert die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.
- eine Bestätigung der ausbildenden Praxis über den Ausbildungsplatz (im Original) sowie eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen über die Weiterbildung beigelegt wurde.
- er/sie damit einverstanden ist, dass vorstehende Daten erhoben, elektronisch gespeichert und verarbeitet werden und sich der Landkreis Heidekreis mit ihm/ihr in Verbindung setzen darf.
- gemeinsam mit dem Heidekreis eine Presse- und Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt wird und er/sie bereit ist an der Evaluation des Förderprogramms mitzuwirken.

Ort, Datum

Unterschrift