

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung
Sachgebiet 2
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Absender/Stempel

Ziel und Zukunft | Telefon 0711 7875-3700 | Fax 0711 7875-483930 | zielundzukunfti@kvbawue.de

Antrag auf Gewährung einer Förderung für die Neugründung/Übernahme einer Praxis

zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“

Hiermit beantragen wir/ich

Name, Vorname

Facharzt für

zugelassen seit

ggf. Name, Vorname des Kooperationspartners

Facharzt für

zugelassen seit

BSNR

Telefon

E-Mail

Korrespondenz-Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

**eine Förderung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Rahmen des Projekts
„Ziel und Zukunft“ in**

Stadt/Gemeinde mit PLZ

im Mittelbereich

im Landkreis

für die

Neugründung **Übernahme**

einer Einzelpraxis / **eines MVZ** / **einer BAG**

fachärztlich / **hausärztlich**

Die Umsetzung der Fördermaßnahme ist voraussichtlich geplant zum

Datum

Die KVBW kann uns über meine/unsere E-Mail-Adresse für eine anonyme Online-Befragung zu Evaluationszwecken kontaktieren. Die Teilnahme an der Online-Befragung ist freiwillig.

Erklärung:

Ich versichere/wir versichern, die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Mir/uns ist bewusst, dass die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Finanzmittel über die Gewährung und die Höhe der Förderung entscheidet. Die KVBW prüft bei Antragstellung die aktuelle Sicherstellungssituation. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Förderung besteht nicht. Die gültigen Förderbedingungen (vgl. Richtlinie der KVBW zur Förderung der Sicherstellung durch niedergelassene Vertragsärzte und angestellte Ärzte in ausgewiesenen Fördergebieten im Projekt „Ziel und Zukunft“), sind mir/uns bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

ggfs. weitere Unterschrift/en (bei Berufsausübungsgemeinschaft)