

Kreis Kleve – Hospitationsmodell zur Anwerbung von Ärzten zur Niederlassung

Kreis Kleve
Die Landrätin
Fachbereich 2 - Finanzen
Nassauerallee 15-23
47533 Kleve

Antrag auf Gewährung von Fördermitteln

Niedergelassene/r Ärztin/Arzt/Praxisinhaber/in:

Name, Vorname	
Facharzt/Fachärztin für	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	

Ich beabsichtige, meine Praxis an eine Nachfolgerin/einen Nachfolger zu übergeben bzw. meine Praxis zu erweitern oder einen freiwerdenden Arztsitz neu zu besetzen und beantrage hiermit im Namen und auf Rechnung der/des nachfolgend genannten Interessentin/Interessenten Fördermittel für die Hospitation.

Die erforderliche Hospitationsvereinbarung mit einer Ermächtigung der Interessentin / des Interessenten und der enthaltenen Einwilligung der Beteiligten zur zweckgebundenen Verarbeitung der personenbezogenen Daten gemäß der mitgeteilten Datenschutzerklärung füge ich bei.

Praxisanschrift	
Gründe für die Praxisübergabe oder Praxiserweiterung	
Beabsichtigter Termin der Übergabe bzw. Erweiterung / Neubesetzung	

Interessent/Interessentin

Name, Vorname	
Geboren am / in	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	
Approbation als Ärztin/Arzt seit	
Fachärztin/Facharzt für	
In Facharztausbildung seit	
Voraussichtlicher Facharztabschluss	
Bankverbindung	BIC
	IBAN
	Bank
	Kontoinhaber/in

Hospitation

Die Interessentin / Der Interessent beabsichtigt, in der Zeit vom

_____ bis _____

in meiner Praxis zu hospitieren.

Die hierzu getroffene Vereinbarung ist beigelegt.

Erklärung:

Die Interessentin / Der Interessent hat sich mir gegenüber ausgewiesen (Personalausweis hat vorgelegt) und

- erfüllt die Voraussetzungen zur Übernahme meiner Praxis / zur Beschäftigung in meiner Praxis
- kann die Voraussetzungen zur Übernahme / Beschäftigung in meiner Praxis in absehbarer Zeit erfüllen.

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Folgende Unterlagen der Hospitantin / des Hospitanten sind beigelegt:

- Lebenslauf
- Approbationsurkunde*
- Auszug aus dem Arztregister*

*Kopie (unbeglaubigt)

Ich verpflichte mich, innerhalb eines Monats nach Beendigung über die Hospitation und die Entscheidung der Hospitantin / des Hospitanten unaufgefordert zu berichten.

Ort, Datum

Unterschrift Praxisinhaber/in