

Antrag auf Förderung „Unterstützung bei einer Niederlassung – Übernahme Umzugskosten“

Bitte lassen Sie uns das Antragsformular vollständig ausgefüllt mit den erforderlichen Nachweisen zukommen.

1. Antragsteller

Name, Vorname _____

Lebenslange Arztnummer (LANR) _____

Erstmalige Niederlassung in Hessen? ja nein

Niederlassung im Fachgebiet _____

Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit _____

Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit _____

Betriebsstättennummer (BSNR) _____

Praxisort _____ Straße _____

Wohnort _____ Straße _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

3. Nachweise

Für die Auszahlung der Förderung werden folgende Nachweise benötigt:

- Rechnung der Umzugsfirma und
- Kontoauszug als Nachweis der gezahlten Umzugskosten

Bitte senden Sie Ihren Antrag nebst Unterlagen an:

Postadresse:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Abteilung Qualitätsförderung
Förderung Weiterbildung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

KIM-Adresse:

Weiterbildung@kvhessen.kim.telematik

Weitere Kontaktmöglichkeiten:

069 24741-7050
sirili@kvhessen.de

Alle Details zu den Regelungen finden Sie in der Kap. 4.4 der Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Verwendung der Finanzmittel nach § 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds) mit Wirkung zum 1. Januar 2017.

Bitte beachten Sie, dass eine eventuelle Versteuerung der Fördermittel dem Zuwendungsempfänger obliegt.

Der Antragsteller muss bereits einen Antrag zur vertragsärztlichen Tätigkeit in Hessen an den Zulassungsausschuss gestellt haben.

Bei nicht bestimmungsgemäßer Verwendung der Fördermittel, behält sich die Kassenärztliche Vereinigung Hessen das Recht vor, die bereits gezahlten Fördermittel zurück zu fordern.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers