

***** Exemplarischer Musterantrag *****

Dieses Exemplar dient nur zur Veranschaulichung des Original-Antrags. Den einzureichenden Originalantrag können Sie zum Zeitpunkt des Ausschreibungsstarts um 9 Uhr auf der KVB-Homepage herunterladen

Hinweise:

Förderungsempfänger können alle Studierenden sein, die an einer deutschen Hochschule im Fach Humanmedizin eingeschrieben sind, wenn sie gemäß den jeweils maßgeblichen ausbildungsrechtlichen Vorschriften zur Ableistung der Famulatur berechtigt sind und die Förderungsvoraussetzungen der Sicherstellungsrichtlinie erfüllt sind.

Es können maximal zwei Famulaturen desselben Antragstellers gefördert werden.

Die Antragstellung ist zwei Kalendermonate vor dem ersten Tag der durch die Universität Bayern e.V. festgelegten vorlesungsfreien Zeit an bayerischen Universitäten und bis spätestens vier Wochen nach Ende der absolvierten Famulatur möglich.

Nach Abschluss der Famulatur werden Antragsteller bezüglich einer Evaluation des Förderprogramms FamuLAND zum Zwecke der Qualitätssicherung durch die KVB kontaktiert. Die Evaluation erfolgt in anonymer Form, die Teilnahme ist freiwillig.

Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht nicht.

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (= Medizinstudent, der die Famulatur ableistet)

Name _____ **Vorname** _____

Geburtsdatum _____

Wohnanschrift _____

Straße, Hausnummer, PLZ Ort

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Universität _____

2. Zeitraum Ihrer Famulatur

Beantragt wird im Rahmen des Medizinstudiums die Förderung einer anererkennungsfähigen Famulatur in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in einem im Sinne der Sicherstellungsrichtlinie ländlichen Raum.

Die Famulatur wird/wurde im folgenden Zeitraum absolviert:

vom |_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_|
Datum Datum

Bitte beachten Sie: Nur vollständig absolvierte und von der Universität anererkennungsfähige Famulaturen, die sich mindestens über einen Monat erstrecken, sind förderfähig.

***** Exemplarischer Musterantrag *** Dieses Exemplar dient nur zur Veranschaulichung des Original-Antrags. Den einzureichenden Originalantrag können Sie zum Zeitpunkt des Ausschreibungsstarts um 9 Uhr auf der KVB-Homepage herunterladen.**

3. Ihre ausbildende Vertragsarztpraxis/Ihr ausbildendes MVZ

BSNR: | | | | | | | | | |

(= „Betriebsstättennummer“ → bitte bei der betreffenden Praxis/dem MVZ erfragen)

Praxis/MVZ

Name

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Die Famulatur erfolgt/erfolgte in der

hausärztlichen Versorgung

fachärztlichen Versorgung

4. Ihre Kontoverbindung

Auf dieses Konto überweisen wir nach bewilligtem Antrag Ihre Gesamtfördersumme vorbehaltlich der Einreichung des entsprechenden Nachweises. Bitte beachten Sie die Zweckbindung unserer Förderung.

Kontoinhaber _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ich bestätige die Richtigkeit der angegebenen Kontodaten.

5. Bestätigung und Selbsterklärungen des Antragstellers

- Die **Bestätigung** über die absolvierte Famulatur **liegt bereits vor (Kopie bitte beifügen)**
- Die **Bestätigung** über die absolvierte Famulatur liegt noch nicht vor und **wird nachgereicht**
(Der Nachweis muss spätestens in dem nach Ableistung der Famulatur folgenden Kalendervierteljahr bei der KVB vorliegen. Ist dies nicht der Fall, ist die gewährte Förderung zurückzuzahlen.)
- Ich erkläre hiermit, dass ich für die im Antrag benannte Famulatur **keine weiteren Förderungen oder Subventionen durch Dritte** (wie bspw. das Famulaturförderprojekt der Stiftung des Bayerischen Hausärzterverbandes und der TK) in Anspruch nehme.
- Ich willige ein, dass mich die KVB bezüglich **weiterer Informationen zur KVB-Nachwuchsförderung** per E-Mail kontaktieren und hierfür meine E-Mail-Adresse für die Dauer von bis zu 12 Jahren verarbeiten darf. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

6. Schriftliche Verpflichtungen des Antragstellers

- Ich verpflichte mich**
 - den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in der Sicherstellungsrichtlinie der KVB und in der Bewilligung vorgesehenen **Förderzweck** zu verwenden.
 - bei Nichteinhaltung der vorgenannten Anforderungen sowie der weiteren Fördervoraussetzungen nach der Sicherstellungsrichtlinie, den gewährten Zuschuss vollständig an die KVB **zurückzuzahlen**.
 - **Änderungen**, die Auswirkungen auf die Gewährung der Förderung haben können, der KVB unverzüglich **mitzuteilen** und alle für die Prüfung der Fördervoraussetzungen sowie des Förderzwecks notwendig erscheinenden **Unterlagen vorzulegen**.

Ich bestätige, dass ich den **Inhalt dieses Antrags** sowie des beigefügten **Anhangs mit seinen Erläuterungen** zur Kenntnis genommen habe und **erkenne die Fördervoraussetzungen der Sicherstellungsrichtlinie - Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns** (Anhang 4.1 - Förderung der Famulatur auf dem Land) **als Rechtsgrundlage der Förderung ausdrücklich an**. Ich bestätige auch, dass **kein Insolvenzverfahren** über mein Vermögen eröffnet bzw. Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen mich gestellt wurde. Die **im Anhang aufgeführten Erläuterungen** sind Bestandteil dieses Antrags.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Antrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Die KVB behält sich vor, weitere Unterlagen anzufordern, soweit dies erforderlich ist, um die Voraussetzungen zur Gewährung des Zuschusses zu klären.

Die vollständige Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns finden Sie unter folgendem Link: <https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen/>

Einsendung des Antragsformulars an:

per E-Mail Anhang an (ACHTUNG: Das Antragsformular ist ausschließlich an die E-Mail Adresse des jeweiligen Regierungsbezirks Ihrer gastgebenden Praxis zu senden).

Regierungsbezirk	BSNR	E-Mail-Adresse
Mittelfranken	66xxx	famuland-mittelfranken@kvb.de
Niederbayern	69xxx	famuland-niederbayern@kvb.de
Oberbayern	63xxx bzw. 64xxx	famuland-oberbayern@kvb.de
Oberfranken	65xxx	famuland-oberfranken@kvb.de
Oberpfalz	68xxx	famuland-oberpfalz@kvb.de
Schwaben	70xxx	famuland-schwaben@kvb.de
Unterfranken	67xxx	famuland-unterfranken@kvb.de

oder
postalisch an:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

oder
per Fax an: 089/57093 - 554967

***** Exemplarischer Musterantrag ***** Dieses Exemplar dient nur zur Veranschaulichung des Original-Antrags. Den einzureichenden Originalantrag können Sie zum Zeitpunkt des Ausschreibungsstarts um 9 Uhr auf der KVB-Homepage herunterladen.