

3 Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten im Rahmen der geförderten Weiterbildung nach § 75a SGB V

Weiterbildungsassistent 1 ggf. LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel: _____

Name, Vorname: _____

Weiterbildungszeitraum: von: _____ bis: _____

Vertragliche Wochenarbeitszeit |_|_|_| Stunden

Dauer der ärztlichen Tätigkeit entsprechend den Stufen gemäß § 19 Abs. 1 Buchst. a) TV-Ärzte/VKA

Stufe 2 Stufe 3 Stufe 4 Stufe 5 Stufe 6

Weiterbildungsassistent 2 ggf. LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel: _____

Name, Vorname: _____

Weiterbildungszeitraum: von: _____ bis: _____

Vertragliche Wochenarbeitszeit |_|_|_| Stunden

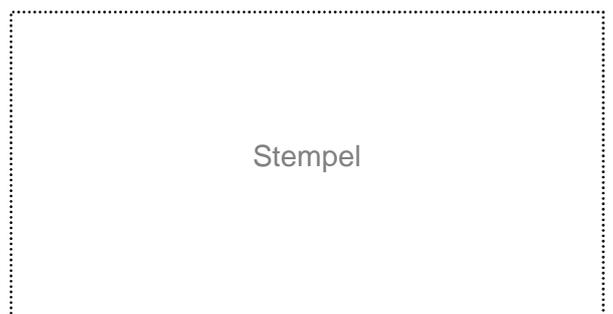
Dauer der ärztlichen Tätigkeit entsprechend den Stufen gemäß § 19 Abs. 1 Buchst. a) TV-Ärzte/VKA

Stufe 2 Stufe 3 Stufe 4 Stufe 5 Stufe 6

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Inhalt des Antrages zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/-ärztin
Vertragspsychotherapeut/-therapeutin



Bitte beachten!

Bei Änderung der Ausbildungsstufe eines Weiterbildungsassistenten bitten wir um zeitnahe Information, damit die Bearbeitung auf Basis aktueller Daten erfolgen kann.

Die Mitteilung kann formlos an Fax-Nummer 0911/94667-151 oder postalisch an KVB, Abrechnung/Honoraranträge, Vogelsgarten 6, 90402 Nürnberg erfolgen.

Nähere Informationen, wie zum Beispiel Fristen der Antragstellung sowie Durchführungsrichtlinien, finden Sie auf unserer Internetseite unter:

www.kvb.de in der Rubrik Mitglieder - Abrechnung – Honorar – Anpassung der Obergrenze

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