

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Notdienste
Bereitschaftsdienst
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Erhalt der strukturellen Förderung** der freiwilligen und selbständigen Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst gemäß § 4, § 2 Abs. 1 Satz 2 der Bereitschaftsdienstordnung der KVB (BDO-KVB)

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller	
Titel _____	
Name _____, Vorname _____	
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____	
Staatsangehörigkeit _____	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Anschrift	

StraÙe, Hausnummer, PLZ, Ort	

E-Mail-Adresse	Telefonnummer
_____	_____

2. Beantragung

Beantragt wird der Erhalt der strukturellen Förderung der freiwilligen und selbständigen Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst gemäß § 4, § 2 Abs. 1 Satz 2 der Bereitschaftsdienstordnung der KVB (BDO-KVB).

3. Voraussetzungen

- Ich habe mit Datum vom _____ einen Antrag auf freiwillige und selbständige Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst gemäß § 4, § 2 Abs. 1 Satz 2 der Bereitschaftsdienstordnung der KVB (BDO-KVB) gestellt und eine Kooperationsvereinbarung mit der KVB zur freiwilligen und selbständigen Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst geschlossen.

oder

- Ich reiche diesen Antrag zusammen mit dem Antrag auf freiwillige und selbständige Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst gemäß § 4, § 2 Abs. 1 Satz 2 der Bereitschaftsdienstordnung der KVB (BDO-KVB) und der von mir unterzeichneten Kooperationsvereinbarung zur freiwilligen und selbständigen Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst ein.

4. Erklärung des Antragstellers

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass
- die beantragte strukturelle Förderung in Höhe von 1.500 € für jeden Poolarzt nur einmalig gewährt wird,
 - diese strukturelle Förderung an folgende Bedingungen geknüpft ist:
 - Tätigkeit als Poolarzt mindestens für die Dauer eines Jahres
 - Übernahme von mindestens 50 Bereitschaftsdienststunden innerhalb des ersten Jahres
 - ich verpflichtet bin, die Fördersumme an die KVB zurückzuzahlen, wenn eine oder beide der vorstehend genannten Bedingungen von mir nicht erfüllt werden,
 - ich auf eigene Kosten die notwendige und geeignete Ausstattung für die Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst vorzuhalten habe,
 - die Auszahlung nach Abschluss der Kooperationsvereinbarung zur Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst auf die dort angegebene Bankverbindung erfolgt.

- Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an.

- Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen hierzu werde ich unverzüglich der KVB mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Stempel Antragsteller (falls vorhanden)