

Antrag auf Förderung nach der Stipendieninitiative der Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW und der nordrheinischen Krankenkassenverbände

Antragsteller/in: _____ Geschlecht: weiblich männlich

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße, Hausnr. PLZ, Ort)

(Telefonnummer, E-Mail)

Kontakt KV Nordrhein:

Iris Siemons
Telefon 0211 5970 8153
E-Mail iris.siemons@kvno.de
Hans Burchatzki
Telefon 0211 5970 8165
E-Mail hans.burchatzki@kvno.de
KV Nordrhein
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Fax 0211 5970 8146

Stand: 01.02.2019

Ich bin Student/in der

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> RWTH Universität Aachen | <input type="checkbox"/> Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn |
| <input type="checkbox"/> Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf | <input type="checkbox"/> Ruhr Universität Bochum |
| <input type="checkbox"/> Universität Duisburg/Essen | <input type="checkbox"/> Universität Witten/Herdecke |
| <input type="checkbox"/> Universität zu Köln | <input type="checkbox"/> Westfälische Wilhelms Universität Münster |

In der Zeit von _____ bis _____ absolviere ich das Tertial im
Wahlfach Allgemeinmedizin in der akademischen Lehrpraxis:

Name des Arztes, Adresse der akademischen Lehrpraxis im Geltungsbereich Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Monatszahlung in Höhe von 600,- Euro erfolgt auf nachfolgendes Konto:

Name der Bank IBAN BIC

Die Zahlung erfolgt bis zum 15. des jeweiligen Tertialmonats für den laufenden Monat.

Mir ist bekannt, dass ein Rückzahlungsanspruch entstehen kann, wenn Änderungen eintreten, die dem Förderzweck nicht entsprechen. Weiterhin ist mir bekannt, dass eine ggf. erforderliche Versteuerung durch mich erfolgt.

Folgende Nachweise sind erforderlich:

- **Bei Antragstellung:** Vorlage einer Kopie Ihres Prüfungszeugnisses über den 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
- **Nach positiver Zusage für das Stipendium:** Bescheinigung über Aufnahme und Ende Ihrer Tätigkeit in der akademischen Lehrpraxis im Geltungsbereich der KV Nordrhein
(Formulare hierzu werden automatisch durch die KV Nordrhein an Sie versendet)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin