

Lassen Sie dieses Formular bitte durch die Lehrpraxis ausfüllen und senden Sie es zusammen mit dem Förderantrag an die KVBW zurück, um die monatlichen Förderungen zeitnah in Anspruch nehmen zu können.

- per Post: Kassenärztliche Vereinigung, GBZS SG 2.1, Albstadtweg 11, 705697 Stuttgart
- per E-Mail: zielundzukunft@kvbawue.de
- per Fax: 0711 7875-483930

Lehrbestätigung betreffend das Wahltertial Allgemeinmedizin im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“ zum Förderantrag vom:

Hiermit bestätige ich/ bestätigen wir:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Praxisname	BSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stadt/Gemeinde	Postleitzahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Telefon

Dass meine/ unsere Vertragsarztpraxis eine akkreditierte akademische Lehrpraxis in Baden-Württemberg gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3 (Allgemeinmedizin) ÄAprO 2002 ist und

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel des Studenten	Name des Studenten	Vorname/n des Studenten

vom

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Startdatum Wahltertial in der Praxis	Enddatum Wahltertial in der Praxis

Ihr/sein Wahltertial im hausärztlichen Versorgungsbereich in Teilzeit **oder** Vollzeit

Mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von Stunden in meiner/ unserer Praxis absolviert.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Ort	Unterschrift des Vertreters der Lehrpraxis