

**Antrag auf Gewährung von Fördermaßnahmen
auf Basis der Sicherstellungsrichtlinie der KVWL
gemäß § 105 Abs. 1 Satz 1 SGBV**

KVWL
Team Nachwuchsförderung und Fördermaßnahmen
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund

bitte zurück per Fax: 0231-9432-80402 oder E-Mail: kosta@kvwl.de

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Wohnort, Straße:

Festnetz/ Mobil: E-Mail:

Facharztbezeichnung: LANR (optional):

1. **Geplanter Standort :**
(Eine Übersicht der aktuellen Förderstandorte finden Sie unter www.kvwl.de)

2. **Begründung:**

Praxisübernahme
oder
Praxisneugründung | Bisherige oder geplante Praxisanschrift (sofern bekannt):

voller Versorgungsauftrag hälftiger Versorgungsauftrag

Anstellung | Name des Arztes:
..... Im Umfang von _____ Std. (Wochenstunden)

Errichtung einer
Zweigpraxis | Anschrift (optional) :
Folgender Arzt soll am Standort der Zweigpraxis tätig werden (optional):
..... Im Umfang von _____ Std. (Wochenstunden)

3. **Tätigkeitsbeginn** (geplantes Datum):

4. **Beantragung folgende/r Maßnahme/n:**

Gewährung eines Darlehens Umsatzgarantie Übernahme von Kosten*

* Die KVWL kann Kosten übernehmen oder sich an solchen beteiligen, die sich aus einer verbesserten Zusammenarbeit von Ärzten mit dem Ziel der Sicherstellung ergeben (z.B. die Gründung einer Gemeinschaftspraxis). Dazu können Umzugs- und Einrichtungskosten gehören. Bitte ergänzen Sie den Antrag um eine Auflistung der geplanten Aufwendungen.

Nach Antragseingang werden wir uns mit Ihnen schriftlich in Verbindung setzen

Bei Rückfragen können Sie uns unter der Rufnummer: **0231 – 9432 9400** oder per E-Mail: kosta@kvwl.de kontaktieren. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung einer Förderung besteht nicht.

Ort, Datum
(Stand: Februar 2019)

Unterschrift des Antragstellers