



LAND **BURGENLAND**

ABTEILUNG 10 – GESUNDHEIT

An das
Amt der Burgenländischen Landesregierung
Abteilung 10 – Hauptreferat Gesundheitsrecht,
Krankenanstalten und Rettungsdienste
Europaplatz 1
7000 Eisenstadt

Info: Tel. 057/600-2661
Mail: post.a10-gesundheitsrecht@bgld.gv.at

**ANTRAG AUF GENEHMIGUNG EINER FÖRDERUNG
FÜR DIE ERRICHTUNG/ÜBERNAHME EINER LANDARZTORDINATION**

(gemäß den Richtlinien der Burgenländischen Landesregierung, Zl. A6/GR.AEK102-10002-4-2018)

1) Daten der Förderungswerberin/des Förderungswerbers

Familienname: _____	Vorname: _____
Akademischer Grad: _____	
Anschrift – Hauptwohnsitz (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) _____ _____	Geburtsdatum: _____
	Staatsangehörigkeit: <input type="radio"/> Österreich <input type="radio"/> _____
Telefon-Nr.: _____	
E-Mail-Adresse: _____	

2) Angaben zur geplanten Ordination

Ausbildung als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin abgeschlossen am: _____
Kassenvertrag vom: _____
Ort der geplanten Ordination: _____
Zweitordination (Ort): _____

3) Bankverbindung

lautend auf: _____
Bank: _____
IBAN: _____
BIC/BLZ: _____

4) Beantragte Zuschläge (nicht verpflichtend - Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Zuschlag dritte Ausschreibung
- Zuschlag unterdurchschnittliches Patientenaufkommen
- Zuschlag Zweitordination
- Zuschlag Werkvertrag Gemeindeärztin/-arzt
- Zuschlag zusätzliches Totenbeschauorgan
- Zuschlag Substitutionspatientinnen/Substitutionspatienten und/oder Bewohnerinnen/Bewohner umliegender Altenwohn- und Pflegeheime

5) Verpflichtungserklärung

Ich nehme mit meiner Unterschrift die Richtlinien der Burgenländischen Landesregierung über die Förderung von Landarztordinationen zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Versorgung im Land Burgenland zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, im Fall einer Genehmigung meines Antrages mindestens fünf Jahre als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner im Land Burgenland tätig zu sein.

6) Datenschutzrechtliche Information

Der Förderungswerber/die Förderungswerberin nimmt zur Kenntnis, dass die oben erhobenen Daten zur Erfüllung des durch das Förderansuchen begründeten (vor-) vertraglichen Schuldverhältnisses verarbeitet werden.

Der Zweck der Verarbeitung ist die Bearbeitung und Abwicklung des Antrages auf Genehmigung einer Förderung für die Errichtung/Übernahme einer Landarztordination.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte findet nicht statt.

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur so lange aufbewahrt, wie dies durch gesetzliche Pflichten nötig ist. Wir speichern die Daten jedenfalls, solange gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen oder Verjährungsansprüche potentieller Rechtsansprüche noch nicht abgelaufen sind.

Unter den Voraussetzungen des anwendbaren geltenden Rechts haben Sie das Recht auf Auskunft über die erhobenen Daten, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung der Daten und das Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie haben das Recht auf Beschwerde bei der Datenschutzbehörde.

Datenschutzrechtlicher Verantwortlicher im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union, Verordnung (EU) Nr. 2016/679, ist das Amt der Burgenländischen Landesregierung, Europaplatz 1, 7000 Eisenstadt, Tel.: 057 600-0, E-Mail: post.datenschutz@bgld.gv.at.

Alternativ können Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten KPMG Security Service GmbH, Porzellangasse 51, 1090 Wien, Email: post.datenschutzbeauftragter@bgld.gv.at, wenden.

7) Erklärung

Ich erkläre, dass die Angaben wahr und die beigezeichneten Nachweise echt und richtig sind.

_____, am _____

_____ (Förderungswerberin/Förderungswerber)

Dem Antrag sind folgende Unterlagen anzuschließen:

- **Nachweis über die abgeschlossene Ausbildung als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin**
- **Kopie des abgeschlossenen § 2 – Kassenvertrages für eine Planstelle für Allgemeinmedizin im Burgenland**
sowie gegebenenfalls
- **Kopie des Werkvertrages als Gemeindeärztin/Gemeindearzt**
- **Kopie des Werkvertrages als zusätzliches Totenbeschauorgan**
- **Kopie des Ausbildungszeugnisses betreffend die Behandlung von Substitutionspatientinnen/Substitutionspatienten einschließlich diesbezüglicher Verpflichtungserklärung**
- **Zustimmungserklärung über die Bereitschaft zur ärztlichen Betreuung der Bewohnerinnen/Bewohner eines oder mehrerer umliegenden(r) Altenwohn- oder Pflegeheime(s)**
- **Nachweis über die zugesicherte Sach- oder Geldleistung der Sitzgemeinde bzw. der Gemeinde, in der sich die Zweitordination befindet.**