 Eingangsstempel

An das

Amt der Burgenländischen Landesregierung Info: Tel. 057/600-2668

Abteilung 6 – Hauptreferat Gesundheit Mail: post.a6-gesundheit@bgld.gv.at

Europaplatz 1

7000 Eisenstadt

**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:

**⃝** Österreich  ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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](mailto:post.datenschutzbeauftragter@bgld.gv.at), wenden.

**7) Erklärung**

Ich erkläre, dass die Angaben wahr und die beigeschlossenen 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.**