

Antrag auf individuelle Förderung aus dem Innovationstopf – gültig für oberösterreichische Vertragsärzt/innen für Allgemeinmedizin sowie Vertragsfachärzt/innen für Kinder- und Jugendheilkunde

„Finanzielle Unterstützung für die Errichtung einer Gruppenpraxis zur Abdeckung vakanter Vertragsstellen durch Modell 1 (volle Stelle) oder durch Modell 2 (Bruchstelle)“

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

bitte reichen Sie dieses Formular per Post oder Email (unterschieden) bei der Ärztekammer für Oberösterreich, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz, foerderantrag@aekoee.at ein.

Sie werden schriftlich über das Ergebnis der Prüfung Ihres Antrages durch Ärztekammer für Oberösterreich und Österreichische Gesundheitskasse informiert!

Persönliche Daten			
Titel:	<input type="text"/>	Anrede:	Wählen Sie ein Element aus.
Vor- und Zuname(n):	<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Telefonnummer Ordination:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Telefonnummer außerhalb der Ordinationszeiten:	<input type="text"/>		

Vertragsarztstätigkeit			
Vertragspartnernummer	<input type="text"/>		
Fachgebiet	<input type="text"/>		
Berufssitz künftige Vertragstätigkeit	<input type="text"/>	Geplanter Vertragsbeginn:	<input type="text"/>

Angaben zur geplanten Gruppenpraxis			
Gruppenpraxismodell	Wählen Sie ein Element aus.		
Ausmaß der Bruchstelle	<input type="text"/>	Beginn der GP:	<input type="text"/>
Vakante Stelle, die abgedeckt wird	<input type="text"/>		

Kontodaten Seniorpartner			
Kontoinhaber:	<input type="text"/>		
IBAN:	<input type="text"/>	BIC:	<input type="text"/>

Erklärung	
✓	Ich erkläre an Eides statt, den Antrag vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.
✓	Vorbehaltlich der Zustimmung durch Kammer und Kasse erhalte ich die beantragte Förderung bei Vorliegen der Voraussetzungen und ausschließlich für die oben angeführte Maßnahme.
✓	Sollten weitere Daten zur Prüfung der Förderwürdigkeit nötig sein, werde ich diese sowohl der Kammer als auch der Kasse auf Verlangen zur Verfügung stellen.
✓	Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Förderung aus dem Innovationstopf an den zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Maßnahmenkatalog sowie an die Verfügbarkeit finanzieller Mittel gebunden ist.
✓	Ich nehme zur Kenntnis, dass die maximale Förderhöhe Euro 10.000,- beträgt und bei einem Gruppenpraxis-Modell 2 aliquot gekürzt wird.

Unterschrift	
Datum, Unterschrift des/der Antragsteller/in und Vertragsarztstempel	

Prüfergebnis (auszufüllen von ÄKOÖ und ÖGK)	
<p>Ärztchammer für Oberösterreich:</p> <p>Die Zustimmung zur Förderung aus dem Innovationstopf wird gegeben:</p> <p><input type="checkbox"/> JA</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Datum:</p> <p>Unterschrift:</p>	<p>Österreichische Gesundheitskasse:</p> <p>Die Zustimmung zur Förderung aus dem Innovationstopf wird gegeben:</p> <p><input type="checkbox"/> JA</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Datum:</p> <p>Unterschrift:</p>