

Beitrittserklärung für den ambulanten Bereich

Gerne bin ich auf Grundlage der mir gewährten Unterstützung durch die KOSTA bereit, im Rahmen der Vereinbarung „**Regionale Weiterbildungsverbände Sachsen-Anhalt / Anlage der KOSTA-Vereinbarung vom 18. Januar 2011**“, mich als Weiterbilder in meiner Region zu engagieren.

Name, Vorname	LANR
Facharzt für	
Praxisanschrift	
Ich habe eine Weiterbildungsbefugnis für das Gebiet/den Schwerpunkt: _____ mit einem Umfang von _____ Monaten	
Ich habe bislang keine Weiterbildungsbefugnis und beantrage eine Befugnis für die Weiterbildung von Allgemeinmedizinern in dem o. g. Fachgebiet (Umfang 6 Monate) <input type="checkbox"/> _____ Datum, Unterschrift, Stempel	
Hinweis: Diese Befugnis ist nur anrechnungsfähig für die Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin!	
Ich möchte Mitglied im Regionalverbund _____ werden.	

Ich bin einverstanden, dass ich

- als potentieller Weiterbilder durch die KOSTA auf Grundlage der o. a. Weiterbildungsbefugnis, interessierten Kollegen gegenüber benannt werde und auf www.KOSTA-LSA.de im Internet aufgeführt werde,
- bei vorhandener Kapazität in meiner Praxis und stimmiger vertraglicher Voraussetzungen einen übermittelten Bewerbervorschlag der KOSTA binnen vier Wochen nach Übersendung, der KOSTA bestätigt zurücksende und die entsprechende Weiterbildung übernehmen und damit realisieren werde,
- eine übernommene Weiterbildung unter Beachtung der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen qualitätsgesichert umsetzen werde, insbesondere die von der KVSA gezahlten Fördergelder an den Arzt in Weiterbildung (Arbeitgeberanteile sind nicht enthalten) als Bruttoentgelt auszahlen und
- eine enge Zusammenarbeit mit der KOSTA und dem Regionalverantwortlichen in meinem Regionalverbund unterstützen werde.

Original: KOSTA

Kopien: beigetretener Weiterbilder Regionalverantwortlicher