

ANTRAG

auf Reihung nach der Richtlinie für die Auswahl von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen der Ärztekammer für Steiermark und der § 2-Krankenversicherungsträger zur Vergabe von Kassenplanstellen für

Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für ZMK)

Titel:

Familienname:

Vorname:

Staatsbürgerschaft:

Anschrift:

☎:

Fachbezeichnung:

Jus practicandi bzw. Facharzt Diplom seit:

Ich lasse mich für folgende Reihungsräume reihen (zutreffendes bitte ankreuzen):

Die Angabe von **maximal 2 Räumen** ist möglich.

- Graz/Graz-Umgebung**
- Steiermark Raum Nord** (dieser umfaßt die Bezirke Liezen, Murau, Murtal, Leoben und Bruck-Mürzzuschlag)
- Steiermark Raum Süd** (dieser umfaßt die Bezirke Voitsberg, Weiz, Hartberg-Fürstenfeld, Deutschlandsberg, Leibnitz und Südoststeiermark)

Bei Zuerkennung einer Planstelle werde ich ein allfälliges Anstellungsverhältnis mit einer Dienstleistungsverpflichtung von mehr als 15 Wochenstunden innerhalb von 3 Monaten ab Zuerkennung der Planstelle endgültig auflösen.

Ich erteile ausdrücklich meine Zustimmung, dass die Reihungsliste von den Krankenversicherungsträgern, Kammermitgliedern und gereihten Ärzten eingesehen werden kann **und stimme der Publizierung meiner Reihungsdaten auf der Homepage der Ärztekammer für Steiermark im internen Bereich zu.**

Die Reihungslisten auf der Homepage enthalten folgende Daten:

- **Arzname**
- **Reihungsposition**

Antragsteller, die nicht Mitglied der Ärztekammer für Steiermark sind, haben folgende Unterlagen in Kopie beizuschließen:

- Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als drei Monate; sofern nicht in deutscher Sprache ausgestellt, ist eine beglaubigte Übersetzung vorzulegen)
- Bestätigung über die gesundheitliche Eignung (nicht älter als drei Monate; sofern nicht in deutscher Sprache ausgestellt, ist eine beglaubigte Übersetzung vorzulegen)
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Jus practicandi bzw. Facharzt Diplom oder Nostrifikation

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Bestimmungen der Reihungsrichtlinie zur Kenntnis nehme und die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

.....

Datum

.....

Unterschrift