



Eingangsstempel

An die  
Marktgemeinde Bad Hofgastein  
zH Amtsleitung  
Kurpromenade 2  
5630 Bad Hofgastein

**ANTRAG AUF GENEHMIGUNG EINER  
FÖRDERUNG FÜR DIE ERRICHTUNG/  
ÜBERNAHME EINER § 2 KASSENARZTSTELLE  
FÜR ALLGEMEINMEDIZIN BZW.  
FACHMEDIZIN**

*(gemäß den Richtlinien der Marktgemeinde Bad Hofgastein über die finanzielle Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte in der Allgemeinmedizin und Fachmedizin (mit § 2 Kassenarztverträgen) für die Eröffnung einer Arztpraxis*

**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 oder Fachmedizin abgeschlossen am:

\_\_\_\_\_

§ 2 Kassenarztvertrag vom: \_\_\_\_\_

Ort der geplanten Ordination: \_\_\_\_\_

Zweitordination (Ort): \_\_\_\_\_

## 3) Bankverbindung

lautend auf: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC/BLZ: \_\_\_\_\_

## 4) Verpflichtungserklärung

Ich nehme mit meiner Unterschrift die Richtlinien der Marktgemeinde Bad Hofgastein über die finanzielle Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte in der Allgemeinmedizin bzw. in der Fachmedizin (mit § 2 Kassenarztverträgen) für die Eröffnung einer Arztpraxis zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen oder fachärztlichen Versorgung in Bad Hofgastein zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, im Fall einer Genehmigung meines Antrages mindestens sieben Jahre als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner bzw. Fachmedizinerin/Fachmediziner in Bad Hofgastein tätig zu sein.

## 5) Datenschutzrechtliche Information

Ich nehme 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 Arztpraxis für Allgemeinmedizin oder Fachmedizin.

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 potenzieller 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 Gemeindeamt der Marktgemeinde Bad Hofgastein, Kurpromenade 2, 5630 Bad Hofgastein, Tel.: 06432 6240 0, E-Mail: [marktgemeinde@bad-hofgastein.salzburg.at](mailto:marktgemeinde@bad-hofgastein.salzburg.at).

Alternativ können Sie sich an unsere Datenschutzbeauftragte Frau Dipl.-Jur. Marie-Therese Ploderer, E-Mail: [m.ploderer@bad-hofgastein.salzburg.at](mailto:m.ploderer@bad-hofgastein.salzburg.at), wenden.

## 6) Erklärung

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

Bad Hofgastein, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Förderungswerberin/Förderungswerber)

### Dem Antrag sind folgende Unterlagen anzuschließen:

- Nachweis über die abgeschlossene Ausbildung als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin oder Fachmedizin
- Kopie des abgeschlossenen § 2 – Kassenarztvertrages für eine Planstelle für Allgemeinmedizin oder Fachmedizin in Salzburg sowie
- Kopie des Ausbildungszeugnisses
- Kopie des gültigen Notarzdiploms