

**Angaben Hospitant/in:**

**Wichtig!**

Der Antrag ist vor Beginn bzw. im Laufe der Hospitation - bei der KVS einzureichen.

Name, Vorname

männl.  weibl.  divers

Arzt / Ärztin  Studierende/r

Straße, Hausnr. PLZ, Ort

Geburtsdatum

Ggf. Universität

Telefon privat oder Handy

E-Mail

IBAN

BIC

**Angaben Vertragsarztpraxis:**

Name

Fachrichtung

BSNR

Straße, Hausnr. PLZ, Ort

➔ **Eine Auszahlung wird erst veranlasst, sobald eine Bestätigung über die abgeleistete Hospitationszeit von der Praxis vorliegt.**

- Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten zu meiner Person unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorgaben von der KVS zum Zwecke der Antragsbearbeitung gespeichert und verarbeitet werden. Die Speicherdauer der Daten erfolgt gemäß den gesetzlichen Vorgaben (Art. 5 (1) DSGVO). Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte. Nähere Hinweise entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung unter: <https://www.kvsaarland.de/datenschutz>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Stempel Praxis

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Hospitant/In