

Hospitationsvereinbarung

Angaben zur Praxis:

Name:

Fachrichtung:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

Angaben zu Hospitantin/Hospitant:

Name:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Vereinbarung einer Hospitation zur Vorlage beim Kreis Viersen im Rahmen der Hospitationsförderung des Kreis Viersen

Zwischen der/dem Inhaberin/Inhaber der Praxis _____ sowie
der Hospitantin/dem Hospitanten _____ wird hiermit
vertraglich eine Hospitation vor dem Hintergrund einer geplanten
 Praxisübernahme innerhalb von drei Jahren
 Neuanstellung als Ärztin/Arzt in absehbarer Zeit
geschlossen.

Die Hospitation dient dem Zweck, Einblick in den Praxisalltag zu erhalten, das Praxisteam kennenzulernen und Informationen zur Praxisorganisation und zu den Arbeitsabläufen zu erhalten.

Die Hospitation findet ganztägig im zeitlichen Umfang der üblichen Praxiswoche in der Zeit
vom _____ bis _____ über insgesamt _____ Werktage statt.

Die Praxisinhaberin/der Praxisinhaber verpflichtet sich, im Namen der Hospitantin/des Hospitanten die Fördermittel des Kreises Viersen im Rahmen der Hospitationsförderung (2.000 Euro je Arbeitswoche á 5 Werktage, ggf. anteilig, und maximal 8.000 Euro für 4 Wochen á 5 Werktage) zu beantragen, wobei kein Anspruch auf Gewährung der Mittel besteht.

Die Hospitantin/der Hospitant ermächtigt die/den Praxisinhaber zur Beantragung von Fördermitteln der Hospitationsförderung des Kreises Viersen.

Darüber hinaus wird keine Vergütung für die Hospitation gezahlt.

Die Unterzeichnenden willigen gegenüber dem Kreis Viersen in die zweckgebundene Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten gemäß der „Datenschutzerklärung für die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Hospitationsförderung des Kreises Viersen“ ein.

Unterschrift
(Praxisinhaberin/Praxisinhaber)

Unterschrift
(Name Hospitantin/Hospitant)