

# 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

## Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für ZMK)

**Titel:** .....

**Familienname:** .....

**Vorname:** .....

**Staatsbürgerschaft:** .....

**Anschrift:** .....

: .....

**Facharzt für** .....

**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, Bruck-Mürzzuschlag)

**Steiermark Raum Süd** (dieser umfaßt die Bezirke Voitsberg, Weiz, Hartberg-Fürstenfeld, Deutschlandsberg, Leibnitz, 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 der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, Kammermitgliedern und gereihten Ärzten eingesehen werden kann.

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

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
- Facharzt Diplom bzw. Nostrifikation

Es wird darauf hingewiesen, dass für die Führung in der (den) Reihungsliste(n) ein jährlicher Verwaltungskostenbeitrag von € 100,-- einverlangt wird. Die Nichtentrichtung dieses Beitrages führt zur Streichung aus der (den) Reihungsliste(n).

**Für ordentliche Kammerangehörige der Ärztekammer für Steiermark ist der Verwaltungskostenbeitrag mit der Kammerumlage abgegolten.**

.....

Datum

.....

Unterschrift