



Förderung der Qualität der Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten
durch E-Learning-Programme und weiteren Nachhilfe- oder Förderleistungen

Zuwendungsantrag

1. Zuwendungsempfänger Antragsteller/-in (Ausbildungsbetrieb)

Ausbildungsbetrieb: _____

Name, Vorname, ggf. Titel d. Ausbilders/Ausbilderin: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Arzt – Nr. (6-stellig): _____ Betriebsnummer (BBNR): _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

2. Beantragung der Förderung für folgende/n Auszubildende/n

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Ausbildungsbeginn: _____ Ausbildungsende: _____

Vertrags – Nr. (Ausbildungsvertrag): _____

3. Beschreibung der Leistungen

Förderung der Kosten in Höhe bis zu 150 € für einen abgeschlossenen Vertrag mit der Mindestlaufzeit von 12 Monaten bei einem berufsspezifischen Anbieter für E-Learning-Programme, Nachhilfe- oder Förderleistungen für den Ausbildungsberuf „Medizinische/r Fachangestellte/r“.

Hinweise:

- Die Zuwendung ist zurückzuzahlen, wenn der Vertrag über die Inanspruchnahme von E-Learning-Programmen oder anderen Nachhilfe- oder Förderleistungen vor Ablauf von 12 Monaten gekündigt wird.
- Die Zuwendung ist zurückzuzahlen, wenn eine Kündigung des Berufsausbildungsvertrages während der Förderungsphase erfolgt.
- Eine Doppelförderung, sofern bereits eine Förderung der Agentur für Arbeit vorliegt, kann nicht erfolgen.
- Bei Rückfragen können jederzeit erforderliche Unterlagen seitens der Ärztekammer des Saarlandes bei dem unter Punkt 1. genannten Zuwendungsempfänger angefordert werden (z. B. Nachweis über den über die Laufzeit von 12 Monaten ungekündigten Vertrag).
- Eine Zuwendung ist nur im Rahmen der verfügbaren Fördermittel möglich.



- Bitte reichen Sie den Antrag im Original bei der Ärztekammer des Saarlandes -Abt. Ärzte- ein.
- Als Anlage sind dem Antrag beizufügen: Eine Kopie der Rechnung über die bezogene Leistung.

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben, ebenso habe ich die Hinweise zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum, Unterschrift (Antragsteller/in)

Stempel (Ausbildungsbetrieb)

Ich habe die unter Punkt 3. genannten Leistungen erhalten und bestätige, dass die Nutzungsmöglichkeit während der gesamten Vertragslaufzeit besteht:

Ort, Datum, Unterschrift (Auszubildende/r)