

Muster-Vereinbarung

Zwischen Arzt/Ärztin in Weiterbildung (A/ÄiW)

Titel	Name	Vorname
-------	------	---------

und dem Weiterbildungsverbund (WBV) _____

vertreten durch

Titel	Name	Vorname
-------	------	---------

Der Eintritt in den Weiterbildungsverbund zum Zweck der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin erfolgt zum _____

Der/die A/ÄiW erklärt:

1. Ich beabsichtige, die komplette Facharztweiterbildung im Weiterbildungsverbund _____ zu absolvieren.
2. Ich beabsichtige, die zu Beginn verabredeten Rotationen einzuhalten.
3. Mir ist bekannt, dass ich bei Problemen während meiner Weiterbildung mit dem Organisator und/oder dem Mentor des Weiterbildungsverbundes Kontakt aufnehmen kann.
4. Ich verpflichte mich, bei unvorhergesehenen Umständen, die mir die Einhaltung von Punkt 1 unmöglich machen, oder bei Änderung meiner Wünsche zum Ablauf der Rotationen frühzeitig mit dem Organisator Kontakt aufzunehmen.
5. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der WBV meinen Eintritt in den Weiterbildungsverbund an die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin – KoStA meldet.

Der WBV verpflichtet sich, folgende auch in der Kooperationsvereinbarung festgelegten Punkte einzuhalten:

1. (bzgl. Rotationen) _____
2. (bzgl. Weiterbildungsinhalten, -plan) _____
3. (bzgl. Fortbildungstagen) _____
4. (Sonstiges) _____

Ort, Datum

Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Vertreter Weiterbildungsverbund