

**Bündner Ärzteverein / Kanton Graubünden**  
**Gesuch für das Jahr 2020**

um Beiträge an die Kosten für Kursbesuche und für die Ausrüstung des Notfallarztes für den regionalen Notfalldienst

Name / Vorname / Region: .....

vollständige Adresse / Praxisort: .....

Telefonnummer: .....

Bankverbindung:

**Einzahlungsschein oder IBAN mit genauen Angaben über Begünstigten:**

.....

.....

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CHF      | JA    | NEIN  |       |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|-------|-------|
| 1. | <b>Ärztlicher Notfalldienst</b><br>Ich bestätige, beim ärztlichen Notfalldienst der Region<br>..... mitzuarbeiten.                                                                                                                                                                                |          |       |       |       |
| 2. | <b>Dienstarztgrundausbildung</b><br>Ich bestätige, den Dienstarzt-Grundkurs im Jahre 2020 besucht zu haben (wird nur noch einmalig bezahlt)<br>.....<br>Kursausweis in Kopie beilegen (nur wenn die Auszahlung noch nicht erfolgt ist).                                                           | 2'000.00 | ..... | ..... | ..... |
| 3. | <b>Dienstarzt-Refresherkurs oder analoger Notfallkurs</b><br>Ich bestätige, den Dienstarzt-Refresherkurs oder einen analogen Notfallkurs im Jahre ..... besucht zu haben. (CHF 600.00 alle drei Jahre)<br>.....<br>Kursausweis in Kopie beilegen (nur wenn die Auszahlung noch nicht erfolgt ist) | 600.00   | ..... | ..... | ..... |
| 4. | <b>Ausrüstung des Notfallarztes</b><br>Beitrag zu Erhaltung und zum Ersatz                                                                                                                                                                                                                        | 500.00   |       |       |       |

Das Gesuch ist zusammen mit der Selbstdeklaration zur Notfallausrüstung bis 30.09.2020 an die Geschäftsstelle des Bündner Ärztevereins, St. Martinsplatz 8, Postfach 619, 7001 Chur, via Fax: 081 257 01 77 oder E-Mail: [marc.tomaschett@hin.ch](mailto:marc.tomaschett@hin.ch), einzureichen. Wird das Gesuch später oder unvollständig eingereicht, erlischt der Anspruch auf die kantonalen Beiträge.

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift

.....

.....