Bündner Ärzteverein / Kanton Graubünden
Gesuch für das Jahr 2020

um Beiträge an die Kosten für Kursbesuche und für die Ausrüstung des Dienstarztes, gemäss kantonalem Rettungskonzept und Regierungsbeschluss Protokoll Nr. 612/2006

Name / Vorname / Region: ……...

vollständige Adresse / Praxisort: ……...

Telefonnummer: ……...

Bankverbindung:
Einzahlungsschein oder IBAN mit genauen Angaben über Begünstigten:

……..……

..……

		CHF	JA	NEIN	
1.	**Ärztlicher Notfalldienst** Ich bestätige, beim ärztlichen Notfalldienst der eigenen Region mitzuarbeiten bzw. bei der SNZ 144 als Dienstarzt gemeldet zu sein und alle Einsätze über die SNZ 144 zu alarmieren.				
2.	**Dienstarztgrundausbildung** Ich bestätige, den Dienstarzt-Grundkurs im Jahre 2020 besucht zu haben (wird nur noch einmalig bezahlt) …….. Kursausweis in Kopie beilegen (nur wenn die Auszahlung noch nicht erfolgt ist).	…… 2'000.00	…….	……..	…….
3.	**Dienstarzt-Refresherkurs oder analoger Notfallkurs** Ich bestätige, den Dienstarzt-Refresherkurs oder einen analogen Notfallkurs (alle 2 Jahre, Dauer 1 Tag) im Jahre …….. besucht zu haben. (CHF 500.00 alle zwei Jahre) …….. Kursausweis in Kopie beilegen (nur wenn die Auszahlung noch nicht erfolgt ist)	500.00	…….	……..	…….
4.	**Ausrüstung des Notfallarztes** Ich bestätige, über folgende Ausrüstung zu verfügen: • Notfallkoffer oder -rucksack, Transportabler Defibrillator, Monitor, Pulsoxymeter, Dienstarztjacke bzw. -warnweste, hohes Schuhwerk, Mobiltelefon	2'000.00			
5.	(Nur ausfüllen, sofern vorhanden) **Blaulicht mit Wechselklanghorn** Ich bestätige, über folgende Ausrüstung zu verfügen: • Blaulicht mit Wechselklanghorn und Restwegaufzeichnungsgerät, Magnettafel mit der Aufschrift «Notarzt», Stablampe, Helm mit Stirnlampe • Kenntnis über Verordnung 741.438 und Merkblatt des UVEK über Blaulichter und wechseltönige Zweiklanghörner …….. Ich bestätige, ein zertifiziertes **Fahrsicherheitstraining** (alle 2 Jahre, Dauer 1 Tag) im Jahre …….. besucht zu haben. **Kursausweis sowie Fahrzeugausweis** in Kopie beiliegen und **Formular Selbstdeklaration** ausfüllen (nur wenn die Auszahlung noch nicht erfolgt ist).	500.00 …… 300.00	…….	…….	…….

Das Gesuch ist bis zum 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, einzureichen. Wird das Gesuch später oder unvollständig eingereicht, erlischt der Anspruch auf die kantonalen Beiträge.

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift