 Eingangsstempel

An das

Amt der Burgenländischen Landesregierung Info: Tel. 057/600-2668

Abteilung 6 – Hauptreferat Gesundheit Mail: post.a6-gesundheit@bgld.gv.at

Europaplatz 1

7000 Eisenstadt

**ANTRAG AUF GENEHMIGUNG EINES STIPENDIUMS**

**FÜR MEDIZINSTUDIERENDE**

(gemäß den Richtlinien der Burgenländischen Landesregierung, Zl. A6/GR.AEK107-10001-2-2018)

**1) Daten der Förderungswerberin/des Förderungswerbers**

Familienname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift – Hauptwohnsitz (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit:

⃝ Österreich

⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2) Angaben zum Studium**

Inskribiert an

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Semestern)

**3) Bankverbindung:**

Kontoinhaberin/Kontoinhaber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIC/BLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4) Verpflichtungserklärung**

Ich nehme mit meiner Unterschrift die Richtlinien der Burgenländischen Landesregierung über die Vergabe von Stipendien an Medizinstudierende zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Versorgung im Land Burgenland zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, im Fall einer Genehmigung meines Antrages mindestens fünf Jahre als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner im Land Burgenland tätig zu sein.

**5) Datenschutzrechtliche Information**

Der Förderungswerber/die Förderungswerberin nimmt zur Kenntnis, dass die oben erhobenen Daten zur Erfüllung des durch das Förderansuchen begründeten (vor-) vertraglichen Schuldverhältnisses verarbeitet werden.

Der Zweck der Verarbeitung ist die Bearbeitung und Abwicklung des Antrages auf Genehmigung eines Stipendiums an Medizinstudierende zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Versorgung im Land Burgenland.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte findet nicht statt.

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur so lange aufbewahrt, wie dies durch gesetzliche Pflichten nötig ist. Wir speichern die Daten jedenfalls, solange gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen oder Verjährungsansprüche potentieller Rechtsansprüche noch nicht abgelaufen sind.

Unter den Voraussetzungen des anwendbaren geltenden Rechts haben Sie das Recht auf Auskunft über die erhobenen Daten, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung der Daten und das Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie haben das Recht auf Beschwerde bei der Datenschutzbehörde.

Datenschutzrechtlicher Verantwortlicher im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union, Verordnung (EU) Nr. 2016/679, ist das Amt der Burgenländischen Landesregierung, Europaplatz 1, 7000 Eisenstadt, Tel.: 057 600–0, E-Mail: post.datenschutz@bgld.gv.at.

Alternativ können Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten KPMG Security Service GmbH, Porzellangasse 51, 1090 Wien, Email: [post.datenschutzbeauftragter@bgld.gv.at](mailto:post.datenschutzbeauftragter@bgld.gv.at), wenden.

**6) Erklärung**

Ich erkläre, dass die Angaben wahr und die beigeschlossenen Nachweise echt und richtig sind.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Förderungswerberin/Förderungswerber)

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen anzuschließen:**

* **Nachweis über die Inskription im Fach Humanmedizin an einer österreichischen Universität**
* **Nachweis über die erfolgreiche Absolvierung der Prüfung SIP 2 bzw. des ersten Studienabschnittes**
* **Nachweis über den für das laufende Semester bereits eingezahlten ÖH-Beitrag und/oder Studienbeitrag**