

Antrag

Auf Gewährung einer Zuwendung der Ortsgemeinde Miehlen nach der Förderrichtlinie zur Förderung der hausärztlichen Versorgung.

Zuwendung an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

1. Antragsteller

1.1 Name, Vorname	
1.2 Geburtsdatum	
1.3 Anschrift	
1.4 Telefonnummer	
1.5 E-Mail	
1.6 Bankverbindung	IBAN: BIC: Kontoinhaber:



2. Antragsdaten

2.1 Ich beantrage eine Zuwendung nach der Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung als Zuschuss zur Niederlassung als Ärztin bzw. Arzt

2.2 Arbeitsort

Anschrift in Miehlen, wo die Tätigkeit ausgeführt werden soll:

.....

2.3 Die Zuwendung wird beantragt

- als Zuwendung bei der Neuerrichtung einer Praxis
- als Zuwendung bei Übernahme einer bestehenden Praxis
- als Zuwendung bei Errichtung einer Zweigpraxis

2.4 Umfang der Tätigkeit:

Voller Versorgungsauftrag

- ja nein

2.6 Datum der Niederlassung

Die Niederlassung wird zum _____ erfolgen.



3. Persönliche Erklärungen/ Verpflichtungen

3.1 Ich erkläre,

- dass ich alle Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, gewissenhaft und vollständig gemacht habe,
- dass die Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde,
- dass im laufenden und in den letzten beiden Steuerjahren die Gesamtsumme der mir gewährten „De-minimis“-Beihilfen nicht 200.000 Euro übersteigt (Verordnung –EU -Nr. 1407/2013 der Kommission vom 18.12.2013 über die Anwendung der Artikel 107 und 108 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf „De-minimis“-Beihilfen, Amtsblatt der EU L 352 vom 24.12.2013),
- dass ich davon Kenntnis genommen habe, dass bei Abweichung von allen Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen kann.

3.2 Ich verpflichte mich,

- für die Dauer des in der o. g. Richtlinie festgelegten Zeitraumes (Nummer 5) in der genannten Gebietskörperschaft an der hausärztlichen Versorgung durch eine angestellte Ärztin bzw. einen angestellten Arzt teilzunehmen,
- bei Errichtung einer Zweigpraxis dort mindestens 10 Stunden wöchentlich an mehreren Tagen Sprechstunden anzubieten,
- eine Beendigung der Tätigkeit unverzüglich der Bewilligungsbehörde anzuzeigen.



3.3 Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass die Angaben zum Zwecke einer zügigen Bearbeitung des Antrages sowie zu statistischen Zwecken gespeichert werden,
- dass die Bewilligungsbehörde am Ende des Förderzeitraums Auskünfte über die Einhaltung der Bindungsdauer bei der Kassenärztlichen Vereinigung einholt,
- dass die Bewilligungsbehörde oder deren Aufsichtsbehörden Nachweise einsehen können, die unmittelbar die Förderrichtlinie betreffen.

4. Beigefügte Anlagen (bitte ankreuzen)

Bescheid über die vertragsärztliche Zulassung als Hausärztin oder Hausarzt im Fördergebiet

oder

Bescheid über die Genehmigung zur Errichtung einer Zweigpraxis

bzw.

sofern noch keine Entscheidung über eine vertragsärztliche Tätigkeit im Fördergebiet getroffen wurde, Bestätigung der zuständigen Stelle (Zulassungsausschuss bzw. Kassenärztliche Vereinigung) über den Antragseingang sowie eine Kopie des Antrages

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

