

A n t r a g

auf Gewährung einer Zuwendung des Landkreises Harburg nach der
Richtlinie zur Förderung der hausärztlichen Versorgung in

Zuwendung zur Förderung der Teilnahme an der vertragsärztlichen
Versorgung durch angestellte Ärztinnen und Ärzte

1. Antragstellerin/Antragsteller

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

2. Antragsdaten

2.1 Ich beantrage eine Zuwendung nach der Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung als Zuschuss zur Anstellung einer Ärztin bzw. eines Arztes

2.2 Benennung der Gemeinde, in der das Anstellungsverhältnis durchgeführt werden soll:

Gemeinde:

Verbandsgemeinde:

Landkreis:

Name der angestellten Ärztin oder des angestellten Arztes:

Anschrift: :

2.3 Stundenumfang des Anstellungsverhältnisses

Die Anstellung wird in

- Vollzeit (40 Stunden)
- Teilzeit mit einem Stundenanteil von Stunden pro Woche absolviert

Beginn des Anstellungsverhältnisses:

3. Persönliche Erklärungen / Verpflichtungen

3.1 Ich erkläre,

- dass durch die Anstellung eine zusätzliche Arztstelle geschaffen wird,
- 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 mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und auch vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides nicht begonnen wird,
- dass ich zum Vorsteuerabzug
 - nicht berechtigt bin,
 - berechtigt bin und dies bei der Berechnung der Gesamtausgaben berücksichtigt habe (Preise ohne Umsatzsteuer),
- 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 von 5 Jahren gem. §4 in der genannten Gebietskörperschaft an der hausärztlichen Versorgung durch eine angestellte Ärztin bzw. einen angestellten Arzt teilzunehmen,
- eine Beendigung des Angestelltenverhältnisses 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.

4. Beigefügte Anlagen (bitte ankreuzen)

- Übersicht über die geplanten Einnahmen und Ausgaben (Finanzierungsplan)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)