

Antragsformular

Stadt Eberswalde
Amt für Wirtschaftsförderung
Breite Straße 41-44
16225 Eberswalde

Tel.: 03334 64 502
Fax: 03334 64 519
E-Mail: aerztefoerderung@eberswalde.de

1. Antragstellerin bzw. Antragsteller
<i>Name Praxisinhaberin bzw. Praxisinhaber:</i>
<i>Zulassung durch:</i>
<input type="checkbox"/> <i>Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Kombination</i>
<i>Zugelassenes Fachgebiet:</i>
<i>Umfang neu zugelassener Versorgungsauftrag:</i>
<i>Datum des Zulassungsausschusses:</i>
<i>Anschrift Betriebsstätte:</i>
<i>Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner:</i>
<i>Telefonnummer:</i>
<i>E-Mail-Adresse:</i>

2. Maßnahme

Bezeichnung der Maßnahme:

Durchführungszeitraum:

Tatbestand nach 3.2 i. bis iv. der Richtlinie:

Neuansiedlung

Neuanstellung

Praxisnachfolge

Erweiterung von Versorgungsaufträgen

Beschreibung und Begründung der Maßnahme, Erläuterung der erwarteten Effekte:

Vorhaben in Bezug auf die Investitionen in die Betriebsstätte:

Vorhaben in Bezug auf zusätzliche Maßnahmen zur Barrierefreiheit:

3. Finanzierungsplan		
3.1	<i>Eigenanteil (in Euro):</i>	
3.2	<i>Sonstige Finanzierung (in Euro, z.B. Leistungen Dritter; auch durch Spenden, Förderungen etc.):</i>	
3.3	<i>beantragter Zuschuss (in Euro, siehe Punkt 4.3 der Richtlinie):</i>	
3.4	<i>Gesamtsumme (in Euro):</i>	

4. Beigefügte Unterlagen	
<input type="checkbox"/>	Zulassungsbeschluss (siehe Punkt 6.2 a) der Richtlinie)
<input type="checkbox"/>	Zusammensetzung der Versorgungsaufträge (siehe Punkt 6.2 b) der Richtlinie)
<input type="checkbox"/>	Aussage zur Beteiligung der öffentlichen Hand (siehe Punkt 6.2 c) der Richtlinie)

Hinweis: Die Bewilligungsbehörde behält sich vor, notwendige Bestätigungen oder weiterführende Informationen zur Bewertung der grundsätzlichen Förderfähigkeit der Antragstellerin bzw. des Antragstellers sowie der unter Punkt 2 des Antragsformulars aufgeführten Maßnahmen einzuholen bzw. anzufordern.

5. Erklärung

Es wird erklärt, dass

- 5.1. mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde,
- 5.2. die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind,
- 5.3. keine zusätzliche über den Angaben im Antrag hinausgehende Förderung beantragt oder bewilligt wurde sowie
- 5.4. die Antragstellerin bzw. der Antragsteller zum Vorsteuerabzug

() berechtigt

() nicht berechtigt ist.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller)

Datenschutzhinweise

Hinweis zum Datenschutz gemäß Europäischer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Im Amt für Wirtschaftsförderung sind folgende Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzusehen:

1. Allgemeine Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Stadt Eberswalde

gemäß Artikel 12 bis 22 und 34 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

2. Ergänzende Information zur Verarbeitungstätigkeit in Bezug auf die Förderrichtlinie zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Die allgemeine Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Stadt Eberswalde wird hinsichtlich der konkreten Verarbeitungstätigkeit in Bezug auf die Förderrichtlinie zur ambulanten ärztlichen Versorgung ergänzt.