

ANTRAG

auf Gewährung einer Förderung im Rahmen der Richtlinie zur Förderung der haus- und fachärztlichen Versorgung in der Kreisstadt Altenkirchen

Verbandsgemeindeverwaltung Altenkirchen-Flammersfeld
Fachbereich 1 Organisation

E-Mail:

rathaus@vg-ak-ff.de

Postanschrift:

Rathausstr. 13
57610 Altenkirchen

1. Allgemeine Information	
Antragssteller/-in	
Anrede/Akademischer Grad	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer (Privatanschrift)	
PLZ, Wohnort	
Telefon/Mobil	
E-Mail	

1.1 Standort Praxis	
Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

1.2 Angaben zur Praxis (Name, Fachrichtung / Aufgabenschwerpunkt)	

2. Angaben zum Förderbescheid	
2.1 Maßnahme	Weiterbildungsassistent <i>Name und Fachrichtung des zukünftig Mitarbeitenden (m/w/d):</i>
	Niederlassung
	<input type="checkbox"/> Praxisgründung
	<input type="checkbox"/> Praxisübernahme <i>Bisherige/r Praxisinhaber/in:</i>
2.2 Versorgungsumfang	<input type="checkbox"/> Voller Versorgungsauftrag (1,0)
	<input type="checkbox"/> Kein voller Versorgungsauftrag <i>bitte um Angabe der Höhe:</i>
2.3 Geplante Aufnahme der Tätigkeit im Gebiet der Kreisstadt Altenkirchen (Datum)	Vertragsärztliche Tätigkeit:
	Privat:
2.4 Art der Praxis	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis
	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis
	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft

3. Bankverbindung	
Kontoinhaber/-in	
IBAN	
BIC	
Bank	

4. Schlusserklärungen

Durch Unterzeichnung des Antrages erklärt die antragstellende Person das Folgende:

- Mir ist bewusst, dass die Kreisstadt Altenkirchen nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel über die Gewährung und die Höhe der Förderung entscheidet.
Ein Rechtsanspruch auf Gewährung der Förderung nach der Richtlinie besteht nicht.

- Mir ist bewusst, dass die Zuwendung dem Grunde nach steuerpflichtig ist und ich für eine eventuelle Versteuerung der gewährten Zuwendung selbst Sorge zu tragen habe.
 - Mir ist bewusst, dass vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben sowie das vorsätzliche oder grob fahrlässige Unterlassen einer Mitteilung über Änderungen in diesen Angaben den Widerruf und die Rückzahlung der Förderung zur Folge sowie u. U. Strafverfolgung wegen Subventionsbetrug zur Folge haben können.
 - Ich verpflichte mich zudem, jede Änderung der geltend gemachten Angaben unverzüglich schriftlich anzuzeigen
- Ich bin damit einverstanden, dass die geltend gemachten Angaben durch die Verbandsgemeindevverwaltung Altenkirchen-Flammersfeld erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Hinweis:

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in diesem Antrag enthaltenen personenbezogenen Daten sind nach Art. 6 Abs. 1 lit. e DSGVO nur zulässig, wenn die Betroffene eingewilligt hat. Für den Fall, dass die Einwilligung hierzu verweigert wird, kann der Antrag auf Gewährung der Förderung u. U. nicht bearbeitet werden und der beantragte Zuschuss damit ggf. nicht bewilligt werden. Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigtem Interesse gem. Art. 6 Abs. 1 lit. e DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gem. Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben.

Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an rathaus@vg-ak-ff.de.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im vorliegenden Antrag wird hiermit versichert. Die Bedingungen der „Richtlinie zur Förderung der haus- und fachärztlichen Versorgung in der Kreisstadt Altenkirchen“ werden von dem Antragsteller/-in anerkannt.

Ort, Datum

Unterschrift, Antragssteller/-in