



Von der Bewilligungsbehörde auszufüllen:	
Antrag-Nr.	
Eingangsdatum	

Anlage 3b

A n t r a g (Anstellung)

**auf Gewährung einer Zuwendung des Landes Rheinland-Pfalz
nach der Richtlinie zur Förderung der hausärztlichen Versorgung
in ländlichen Regionen
(Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung)**

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

1. Antragstellerin / Antragsteller *)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße Haus-Nr.	
PLZ Ort	
Telefon-Nr.	
E-Mail-Adresse	
Bankverbindung: Konto-Inhaberin / Konto-Inhaber	
IBAN	
BIC	

*) Bitte deutlich lesbar ausfüllen. Vielen Dank.



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:

Straße _____ Nr. _____

PLZ Ort _____

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 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 200.000 Euro nicht 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 oben genannten Richtlinie festgelegten Zeitraumes (Nr. 3.2) 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)

- Bescheid über die Anstellung einer Ärztin / eines Arztes,
- Übersicht über die geplanten Ausgaben (Finanzierungsplan):

Ort, Datum

Unterschrift