



| Von der Bewilligungsbehörde auszufüllen: |  |
|--|--|
| Antrag-Nr.                               |  |
| Eingangsdatum                            |  |

Anlage 3a

### **A n t r a g (Niederlassung)**

**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 hausärztlichen Versorgung**

**1. Antragstellerin / Antragsteller \*)**

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

\*) Bitte deutlich lesbar ausfüllen. Vielen Dank.



## 2. Antragsdaten

### 2.1 Ich beantrage eine Zuwendung zur Förderung der Niederlassung nach der Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung

### 2.2 Benennung der Gemeinde, in der die förderfähige Maßnahme erfolgen soll:

Gemeinde \_\_\_\_\_

Verbandsgemeinde \_\_\_\_\_

Landkreis \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

### 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 Höhe der beantragten Mittel \_\_\_\_\_ Euro

### 2.5 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 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 vertragsärztlich tätig zu sein bzw. an der vertragsärztlichen Versorgung durch eine angestellte Ärztin / 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.



#### 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  
beziehungsweise
- 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,
- Übersicht über die geplanten Ausgaben (Finanzierungsplan).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift