

# ANTRAG

auf Gewährung einer Zuwendung aus Mitteln der Stadt Lübben  
nach den Richtlinien zur Förderung der Ansiedlung von (Zahn-)Ärzt\*innen



SENDEN AN wifoe@luebben.de ODER Stadt Lübben (Spreewald), Wirtschaftsförderung, Poststraße 5, 15907 Lübben

\*  
Antragsteller\*in

NAME, VORNAME .....

ANREDE  Herr  Frau  Dr.  .....

ANSCHRIFT  
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) .....

TELEFON / MAIL ..... / .....

KREDITINSTITUT .....

IBAN / BIC ..... / .....

Maß-  
nahme

FÖRDERUNG DER ANSIEDLUNG VON (ZAHN-)ÄRZTINNEN UND -ÄRZTEN IN DER  
STADT LÜBBEN (SPREEWALD)

HAUSHALT  2022  2023

Vorhaben

## BESCHREIBUNG DER AUSGANGSSITUATION UND DES GEPLANTEN VORHABENS

(bei Bedarf kann eine ausführliche Beschreibung in der Anlage beigefügt werden)

## DIE ZUWENDUNG WIRD BEANTRAGT

als Zuwendung bei Übernahmen eines bestehenden Praxissitzes  
Name des abgebenden (Zahn-)Arztes/der abgebenden (Zahn-)Ärztin:

.....

als Zuwendung bei Neuerrichtung einer Praxis

## BEGINN DES FÖRDERFÄHIGEN VORHABENS

Das förderfähige Vorhaben (Unterzeichnung von Leistungsverträgen, zum Beispiel  
Praxisübernahme-, Kauf- oder Mietverträge) wird voraussichtlich  
zum ..... beginnen.

Zeitpunkt, ab dem die (zahn-)ärztliche Tätigkeit ausgeübt werden soll: .....

## AUFSTOCKUNG DER GRUNDFÖRDERUNG

Ich beabsichtige, von dritter Seite (z. B. Kassen[-zahn]-ärztliche Vereinigung,  
Wirtschaftsförderung etc.) eine finanzielle Unterstützung oder Förderung für die Aufnahme  
einer vertrags(-zahn)ärztlichen Tätigkeit zu beantragen.

Nein

Ja, die Drittmittelförderung wird/wurde beantragt bei: .....

## WELCHE KOSTEN SOLLEN DURCH DIE STADT LÜBBEN GEFÖRDERT WERDEN?

Ein detaillierter Kosten- und Finanzplan ist als Anlage 3 beizufügen, Aufwendungen im Zusammenhang mit der  
vorstehenden Förderung können nur 1x geltend gemacht werden

Umbau, Renovierung der Praxisräume

Umzugskosten

Anschaffung Praxisausstattung (EDV, Büromöbel etc.)

Anschaffung med. Geräte

Sonstige .....

persönliche Erklärung / Verpflichtung

**ICH ERKLÄRE, ...**

... dass ich alle Angaben in diesem Antrag, von denen Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, gewissenhaft und vollständig gemacht habe,

... dass mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und vor der Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides ohne vorherige Zustimmung der Stadt Lübben nicht begonnen wird; als Vorhabenbeginn sind grundsätzlich z. Bsp. der Abschluss eines Kaufvertrages zum Erwerb einer Praxis, der Abschluss eines Mietvertrags oder andere abgeschlossene Lieferungs- und Leistungsverträge zu werten,

... dass ich zum Vorsteuerabzug

- nicht berechtigt bin
- berechtigt bin und dies bei der Berechnung der Gesamtausgaben berücksichtigt habe (Preise ohne Umsatzsteuer),

... dass ich davon Kenntnis habe, dass es bei Abweichungen von allen Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder Belassen der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen kann.

**ICH VERPFLICHTE MICH, ...**

... die Praxis in der Stadt Lübben für mindestens 5 Jahre aufrechtzuerhalten und dort die (zahn-)ärztliche Tätigkeit in diesem Zeitraum mit mindestens 30 Stunden (Sprechzeiten/ Öffnungszeiten) pro Woche tatsächlich auszuüben,

... eine Beendigung der Tätigkeit der Stadt Lübben unverzüglich anzuzeigen.

beigefügte Anlagen

Bescheid über die vertrags(-zahn)ärztliche Zulassung in der Stadt Lübben

*bzw.*

Es wurde noch keine Entscheidung über eine vertrags(-zahn)ärztliche Tätigkeit in der Stadt Lübben getroffen, die Bestätigung der zuständigen Stelle (Zulassungsausschuss bzw. Kassen(-zahn)-ärztliche Vereinigung wird nachgereicht.

*und*

Anlage 1: Erklärung bezüglich Subventionsbetrug nach § 264 Strafgesetzbuch

Anlage 2: De-minimis-Erklärung der Antragstellerin oder des Antragstellers

Anlage 3: detaillierter Kosten- und Finanzplan

.....

.....

\* **DSGVO:** Zum Zweck des Antrags werden persönliche Daten erhoben. Die Daten werden ausschließlich für den Zweck genutzt, nicht anderweitig verwendet oder an Dritte weitergegeben, unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften aufbewahrt und vier Wochen nach Zweckerfüllung vernichtet. **IMPRESSUM** Stadt Lübben (Spreewald)/Lubin (Blota), Poststraße 5, 15907 Lübben

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragssteller\*in

# ANLAGE 1

## ERKLÄRUNG BEZÜGLICH SUBVENTIONSBETRUG NACH § 264 STRAFGESETZBUCH

Mir ist bekannt, dass diese Angaben subventionserheblich im Sinne von § 264 des Strafgesetzbuches (StGB) sowie § 1 Brandenburgisches Subventionsgesetz i. V. m. § 2 Subventionsgesetz sind und dass ein Subventionsbetrug nach dieser Vorschrift strafbar ist.

Ich verpflichte mich, der Stadt Lübben unverzüglich Änderungen der vorgenannten Angaben zu übermitteln, sobald mir diese bekannt werden.

.....  
*Ort, Datum*

.....  
*Unterschrift Antragssteller\*in*

# ANLAGE 2

## DE-MINIMIS-ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, dass ich die „De-minimis“-Beihilfen im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 1998/2006 der Kommission vom 15. Dezember 2006 über die Anwendung der Artikel 87 und 88 EG-Vertrag auf „De-minimis“-Beihilfen bzw. der Verordnung (EU) Nr. 360/2012 und 1407/2013 der Kommission vom 25. April 2012 und 18. Dezember 2013 über die Anwendung der Artikel 107 und 108 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf DAWI-„De-minimis“-Beihilfen beachtet habe.

.....  
*Ort, Datum*

.....  
*Unterschrift Antragssteller\*in*