

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 2024 2025

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

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.

HINWEIS: Sollte die geförderte ärztliche Tätigkeit nicht aufgenommen oder vor Ablauf der 5 Jahre beendet werden, ist die Förderung zurückzuzahlen. Die Rückzahlungssumme errechnet sich wie folgt: Betrag der ausgezahlten Förderung dividiert durch 60 (Monate der Bindungsdauer) multipliziert mit der Anzahl der Monate, die noch zum Ende der Bindungsdauer fehlen. In besonderen Härtefällen kann auf eine Rückzahlung ganz oder teilweise verzichtet werden.

- 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** Informationen gem. Art. 13 DSGVO zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie direkt bei Ihrer zuständigen Fachabteilung oder im Internet unter luebben.de/stadt-luebben/de/datenschutz/.

IMPRESSUM Stadt Lübben (Spreewald)/Lubin (Błota), Poststraße 5, 15907 Lübben, FON +49 3546 79-0, MAIL info@luebben.de

.....
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*