



STADT LINGEN EMS

# Antrag auf Gewährung einer Zuwendung aus der „Richtlinie der Stadt Lingen (Ems) zur Förderung der medizinischen Versorgung in der Stadt Lingen (Ems)“

## 1. Angaben zur Antragstellerin / zum Antragsteller

Anrede, Titel

Name, Vorname\*

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer\*

PLZ, Ort\*

Telefon

E-Mail

Kreditinstitut\*

IBAN\*

BIC\*


## 2. Angaben zum Fördergegenstand

Beantragt wird die Förderung einer\*

in Form einer\*

als\*

Stundenumfang\*

Straße, Hausnummer der Niederlassung\*

PLZ, Ort\*

Datum der geplanten Praxiseröffnung\*

<input type="checkbox"/> Neuniederlassung
<input type="checkbox"/> Gründung einer Zweigpraxis
<input type="checkbox"/> Übernahme eines Vertragssitzes
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis
<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis
<input type="checkbox"/> Sonstige
<u>Erläuterung:</u>
(Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde)



**3. Erläuterung der Antragstellerin / des Antragstellers\***

(ergänzende Beschreibung der Antragstellerin / des Antragstellers: Angaben zu Arbeitsplätzen oder Jahresumsätzen; Ziel und Zweck der Antragstellerin / des Antragstellers, detaillierte Beschreibung und Begründung des Vorhabens; insbesondere Angaben zum Durchführungszeitraum, dem Maßnahmebeginn, den Kosten und der Finanzierung, den erhofften Auswirkungen, dem verfolgten Ziel und welche Zielgruppen erreicht werden sollen) ggf. auf gesondertem Blatt beifügen und hier darauf Bezug nehmen

--

**Investitionskosten:**

- Grunderwerbskosten
- Baukosten
- Maschinen/Geräte
- Einrichtung/Büroausstattung
- Materiallager
- Übernahme/Kauf von z. B. Patientendaten


**Sonstige Kosten:**

- Personalkosten
- Miete
- Versicherungen
- Leasing
- Sonstiges




## STADT LINGEN EMS

### Finanzierungsplan:

Eigenmittel  
EU-Mittel  
Landes-/Bundesmittel  
Zuschuss Landkreis Emsland  
Sonstige Zuwendungen  
Sonstiges, z. B. Bankdarlehen


### 4. Schlusserklärung

Ich beantrage / Wir beantragen die Förderung des Vorhabens / der Maßnahme. Ich versichere / Wir versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit der obenstehenden sowie der beigefügten Angaben. Mir / Uns ist bekannt, dass kein Rechtsanspruch auf eine Förderung besteht.

Mir / Uns ist bekannt, dass die förderrelevanten Angaben im Antrag, in den dazu gehörigen Anlagen sowie im noch vorzulegenden Verwendungsnachweis subventionserheblich im Sinne von § 264 StGB sind und dass ein Subventionsbetrug strafbar ist. Ich verpflichte mich / Wir verpflichten uns, unverzüglich Änderungen der vorgenannten Angaben zu übermitteln, sobald mir / uns diese bekannt werden.

Ich erkläre / Wir erklären weiterhin, die „Richtlinie der Stadt Lingen (Ems) zur Förderung der medizinischen Versorgung in der Stadt Lingen (Ems)“ vom 01.06.2023 zur Kenntnis genommen zu haben und bin / sind mit den darin niedergelegten Verpflichtungen einverstanden. Insbesondere erkläre ich / erklären wir, dass die beantragte Zuwendung sparsam und wirtschaftlich verwendet wird.

Ich stimme / Wir stimmen zu, dass meine / unsere Angaben aus dem Formular zur Bearbeitung meiner / unserer Anfrage erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Detaillierte Informationen zum Umgang mit Nutzerdaten sind in unserem Informationsschreiben zu finden.

---

Ort, Datum  
\*verpflichtende Angaben

---

Rechtsverbindliche Unterschrift

### Einzureichende Anlagen:

- Unterschriebene De-minimis-Erklärung
- Niederlassungsbescheid Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen