

Mittelanforderung

(Zuwendungsempfänger*in)

(Ort, Datum)

Stadt Eberswalde
Amt für Wirtschaftsförderung
Michaelisstraße 10
16225 Eberswalde

Tel.: 03334 64 502
Fax: 03334 64 519
E-Mail: aerztefoerderung@eberswalde.de

Betr.: Förderrichtlinie zur ambulanten ärztlichen Versorgung vom 01.05.2024
Zuwendungsbescheid vom _____ Az.: _____

insgesamt bewilligt _____ €

bisher abgerufen _____ €

angeforderte Mittel _____ €

Belege zur Überprüfung der Förderfähigkeit des angeforderten Betrages liegen bei.

Der Abruf der Mittel erfolgt durch Frau/Herrn

.....

Die Auszahlung des angeforderten Zuschusses erfolgt auf das Konto

IBAN:

BIC:

Bezeichnung des Kreditinstituts:

Die hiermit angeforderten Mittel sind spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Auszahlung zweckgebunden zu verwenden. Eine Verwendung liegt vor, wenn mindestens eine Auftragsvergabe oder Bestellung erfolgt ist. Bei der Vorlage von Auftrags- oder Rechnungsbelegen zur Überprüfung der Förderfähigkeit gilt diese Voraussetzung als erfüllt. Es gelten die Bestimmungen der Förderrichtlinie zur ambulanten ärztlichen Versorgung vom 01.05.2024 sowie das Verwaltungsverfahrensgesetz für das Land Brandenburg (VwVfGBbg) in Verbindung mit dem Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG).

(Ort, Datum)

(Rechtsverbindliche Unterschrift)