

Antragsformular

Stadt Eberswalde
 Amt für Wirtschaftsförderung
 Breite Straße 41-44
 16225 Eberswalde

Tel.: 03334 64 502

Fax: 03334 64 519

E-Mail: aerztefoerderung@eberswalde.de

1. Antragstellerin bzw. Antragsteller
<i>Name Praxisinhaberin bzw. Praxisinhaber:</i>
<i>Zulassung durch:</i>
<input type="checkbox"/> <i>Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Kombination</i>
<i>Zugelassenes Fachgebiet:</i>
<i>Umfang neu zugelassener Versorgungsauftrag:</i>
<i>Datum des Zulassungsausschusses:</i>
<i>Anschrift Betriebsstätte:</i>
<i>Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner:</i>
<i>Telefonnummer:</i>
<i>E-Mail-Adresse:</i>

2. Maßnahme

Bezeichnung der Maßnahme:

Durchführungszeitraum:

Tatbestand nach 3.2 i. bis iv. der Richtlinie:

Neuansiedlung

Neuanstellung

Praxisnachfolge

Erweiterung von Versorgungsaufträgen

Beschreibung und Begründung der Maßnahme, Erläuterung der erwarteten Effekte:

Vorhaben in Bezug auf die Investitionen in die Betriebsstätte:

Vorhaben in Bezug auf zusätzliche Maßnahmen zur Barrierefreiheit:

--	--	--

3. Finanzierungsplan

3.1	<i>Eigenanteil (in Euro):</i>	
3.2	<i>Sonstige Finanzierung (in Euro, z.B. Leistungen Dritter; auch durch Spenden, Förderungen etc.):</i>	
3.3	<i>beantragter Zuschuss (in Euro, siehe Punkt 4.3 der Richtlinie):</i>	
3.4	<i>Gesamtsumme (in Euro):</i>	

4. Beigefügte Unterlagen

<input type="checkbox"/>	Zulassungsbeschluss (siehe Punkt 6.2 a) der Richtlinie)
<input type="checkbox"/>	Zusammensetzung der Versorgungsaufträge (siehe Punkt 6.2 b) der Richtlinie)
<input type="checkbox"/>	Aussage zur Beteiligung der öffentlichen Hand (siehe Punkt 6.2 c) der Richtlinie)

Hinweis: Die Bewilligungsbehörde behält sich vor, notwendige Bestätigungen oder weiterführende Informationen zur Bewertung der grundsätzlichen Förderfähigkeit der



Antragstellerin bzw. des Antragstellers sowie der unter Punkt 2 des Antragsformulars aufgeführten Maßnahmen einzuholen bzw. anzufordern.

5. Erklärung

Es wird erklärt, dass

- 5.1. mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde,
- 5.2. die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind,
- 5.3. keine zusätzliche über den Angaben im Antrag hinausgehende Förderung beantragt oder bewilligt wurde sowie
- 5.4. die Antragstellerin bzw. der Antragsteller zum Vorsteuerabzug

berechtigt

nicht berechtigt ist.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller)

Datenschutzhinweise

Hinweis zum Datenschutz gemäß Europäischer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Im Amt für Wirtschaftsförderung sind folgende Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzusehen:

1. Allgemeine Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Stadt Eberswalde

gemäß Artikel 12 bis 22 und 34 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

2. Ergänzende Information zur Verarbeitungstätigkeit in Bezug auf die Förderrichtlinie zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Die allgemeine Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Stadt Eberswalde wird hinsichtlich der konkreten Verarbeitungstätigkeit in Bezug auf die Förderrichtlinie zur ambulanten ärztlichen Versorgung ergänzt.

De-minimis-Erklärung

gemäß Verordnung der EU 2023/2831 vom 13. Dezember 2023

Name des Unternehmens: _____

Anschrift des Unternehmens: _____

USt-IdNr.: _____

Vertreten durch: _____

Datum: _____

Fördermaßnahme: **Ärzteförderung der Stadt Eberswalde**

Referenznummer der Maßnahme: _____

(Wird von der Verwaltung ausgefüllt.)

1. Erklärung zur De-minimis-Beihilfe

Im Rahmen der Förderung durch [Bezeichnung der Fördermaßnahme] erkläre ich hiermit, dass das oben genannte Unternehmen innerhalb des laufenden Geschäftsjahres und der zwei vorhergehenden Jahre keine Beihilfen erhalten hat, die die Schwelle von 300.000 EUR gemäß der Verordnung (EU) 2023/2831 über De-minimis-Beihilfen überschreiten.

2. Beihilfen im Rahmen der De-minimis-Regelung

Gemäß Artikel 3 der Verordnung (EU) 2023/2831 gilt eine De-minimis-Beihilfe als jede Beihilfe, deren Gesamtbetrag in einem Zeitraum von drei Steuerjahren 300.000 EUR nicht überschreitet.

- Ich habe in den vergangenen drei Steuerjahren **keine** De-minimis relevanten Beihilfen erhalten
- Der Gesamtbetrag aller De-minimis-Beihilfen, den mein Unternehmen innerhalb der letzten drei Jahre (einschließlich des laufenden Jahres) erhalten hat, ist wie folgt:

Jahr	Art und Höhe der Fördermittel



Gesamtbetrag der erhaltenen De-minimis-Beihilfen:

3. Kumulierung von Beihilfen

- Die hier beantragte De-minimis-Beihilfe wird **nicht** mit weiteren Beihilfen für dieselben förderfähigen Aufwendungen kumuliert
- Die hier beantragte De-minimis-Beihilfe wird mit folgender/n Beihilfe/n für dieselben förderfähigen Aufwendungen kumuliert:

Jahr	Art und Höhe der Fördermittel

4. Bestätigung der Richtigkeit

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Informationen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass die erhaltenen Beihilfen gemäß der De-minimis-Regelung nicht kumuliert mehr als 300.000 EUR innerhalb von drei Steuerjahren betragen dürfen. Sollte der Gesamtbetrag die festgelegte Schwelle überschreiten, wird das Unternehmen die Fördervoraussetzungen der jeweiligen Maßnahme nicht erfüllen und die Beihilfe zurückzahlen müssen.

5. Haftung

Ich versichere, dass alle Informationen korrekt und vollständig angegeben sind und hafte für die Richtigkeit dieser Erklärung. Sollte sich herausstellen, dass diese Angaben unzutreffend sind, ist das Unternehmen verpflichtet, die erhaltene Beihilfe zurückzuzahlen.

Ort, Datum

Unterschrift

