

A n t r a g auf Gewährung einer Zuwendung nach der
**Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von
 Ärztinnen und Ärzten in der Verbandsgemeinde Mendig
 (Richtlinie zur Förderung der haus- und fachärztlichen Versorgung)**



Verbandsgemeindeverwaltung Mendig
 Fachbereich 1, Wirtschaftsförderung
 Marktplatz 3
 56743 Mendig

Wird von der Verbandsgemeindeverwaltung ausgefüllt:

Eingang:
Datum

Ich beantrage die Gewährung einer Zuwendung im Rahmen der Richtlinie zur Förderung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung in der Verbandsgemeinde Mendig:

1. Allgemeine Angaben		
1.1 Antragsteller/in		
Anrede / Akademischer Grad		
Vorname / Name		
Geburtsdatum / Geburtsort		
Straße / Hausnr. (<i>Wohnanschrift</i>)		
Straße / Hausnr. (<i>Praxisanschrift</i>)		
PLZ / Wohnort		
PLZ / Praxisort		
Telefon Festnetz / Telefon Mobil		
Fax		
E-Mail		
Lebenslange Arztnummer (LANR)		

1.2 Übersicht der letzten Tätigkeiten

(Bitte dokumentieren Sie hier auch Ihre letzte klinische Tätigkeit, falls Sie noch nicht niedergelassen waren.)

Tätigkeitszeitraum von bis (TT.MM.JJJJ)	Ort der Tätigkeit Straße, PLZ, Ort	Art der Tätigkeit

2. Angaben zum Fördergegenstand**2.1** Maßnahme

Niederlassung

- Praxisgründung
- Praxiseinstieg in die Praxis: Praxisübernahme
- Bisherige/r Praxisinhaber/in: _____

Filialbildung _____

Stundenumfang: _____

 Anstellung einer/s Ärztin/Arztes

Name _____

Fachrichtung: _____

 Vollzeit (40 St./Wo.) Teilzeit: _____ St./Wo

Beginn des Anstellungsverhältnisses _____

2.2 Arztgruppe
(Haus- Facharzt/ Fachrichtung)

2.3 Umfang der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> voller Versorgungsauftrag (1,0 Sitz) <input type="checkbox"/> hälftiger Versorgungsauftrag (0,5 Sitz)
2.4 Tätigkeitsort Straße / Hausnr./PLZ / Ort	
2.5 Geplante Aufnahme der medizinischen Tätigkeit am beantragten Tätigkeitsort (Datum)	
2.6 Art der Praxis	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis/Berufsausübungsgemeinschaft örtlich überörtlich mit folgenden Kollegen/innen (Fachrichtung): _____ <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft mit folgenden Kollegen/innen (Fachrichtung): _____ Sonstige: _____ _____ _____

3 Bankverbindung	
Kontoinhaber	
IBAN	
BIC	
Bank	

4 Datenschutz

- Ich bin damit einverstanden, dass vorstehende Daten durch die Verbandsgemeinde Mendig erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Hinweis: Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in diesem Antrag enthaltenen personenbezogenen Daten sind gemäß Art. 6 Abs. 1e DS-GVO nur zulässig, wenn die betroffene Person eingewilligt hat. Für den Fall, dass hierzu die Einwilligung verweigert wird, kann der Antrag auf Gewährung einer Zuwendung u. U. nicht bearbeitet und die beantragte Zuwendung damit ggf. nicht bewilligt werden.

5 Persönliche Erklärungen / Verpflichtungen

Ich erkläre,

- dass ich alle Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung und Gewährung der Zuwendung abhängig ist, gewissenhaft und vollständig gemacht habe,
- dass ich damit einverstanden bin, dass die Verbandsgemeinde Mendig ggf. am Ende des Förderzeitraumes Auskünfte über die Einhaltung der Bindungsdauer bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz einholt,
- dass ich zum Vorsteuerabzug
 - nicht berechtigt bin,
 - berechtigt bin und dies bei der Berechnung der Gesamtausgaben berücksichtigt habe (Preise ohne Umsatzsteuer),
- dass im laufenden und in den letzten beiden Steuerjahren die Gesamtsumme der mir gewährten „Deminimis“-Beihilfen nicht 200.000 Euro übersteigt
(Verordnung – EU - Nr. 1407/2013 der Kommission vom 18.12.2013 über die Anwendung der Artikel 107 und 108 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf „Deminimis“- Beihilfen, Amtsblatt der EU L 352 vom 24.12.2013),

dass ich davon Kenntnis genommen habe, dass bei Abweichung von allen Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung und die Gewährung der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen kann.

Ich verpflichte mich

- innerhalb von 12 Monaten nach der zulassungsrechtlichen Entscheidung eine vertragsärztliche Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt bzw. Fachärztin/Facharzt in der Verbandsgemeinde Mendig aufzunehmen bzw. - im Falle der Anstellung einer Ärztin/Arztes - aufnehmen zu lassen.
- für die Dauer des in der o. g. Richtlinie festgelegten Zeitraumes von 10 Jahren (Bindungsdauer) unter dem angegebenen Sitz vertragsärztlich tätig zu sein bzw. im Falle der Anstellung einer Ärztin/eines Arztes an der haus- /fachärztlichen Versorgung durch eine angestellte Ärztin bzw. einen angestellten Arzt teilzunehmen.
- bei Errichtung einer Zweigpraxis dort mindestens 10 Stunden wöchentlich an mehreren Tagen Sprechstunden anzubieten.
- eine Beendigung der Tätigkeit bzw. des Anstellungsverhältnisses unverzüglich der Verbandsgemeinde Mendig anzuzeigen.
- Sowie jede Änderung meiner Angaben unverzüglich anzuzeigen.

6. Anlagen

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt:

- Kopie des Personalausweises oder vergleichbaren Ausweispapiers
- Beglaubigte Kopie der zulassungsrechtlichen Entscheidung über die vertragsärztliche Tätigkeit.
liegt bei
wird nachgereicht
(Zulassungsausschuss tagt voraussichtlich am _____)
- Übersicht über die geplanten Ausgaben (Finanzierungsplan)
- Bescheid über die Anstellung einer Ärztin/eines Arztes
(einzureichen bei Anträgen auf Förderung von Anstellungsverhältnissen)

Sonstige Anlagen:

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im vorliegenden Antrag und in den Anlagen wird hiermit versichert.
Die Bedingungen der Förderrichtlinie werden anerkannt.

Ort, Datum:

Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin