

An die
 Sächsische Aufbaubank – Förderbank –
 Pirnaischestr. 9

 01054 Dresden

Wenn bekannt, bitte angeben:

Kundennummer

Antrag auf Gewährung von Fördermitteln
 nach § 11 Sächsisches Krankenhausgesetz
 (SächsKHG)

für das Jahr

1. Antragsteller

Name Krankenhausträger

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Geschäftsführer/Bevollmächtigter

Name Krankenhaus

Kennziffer im Krankenhausplan

2. Erklärungen

Beantragt wird die Gewährung von Fördermitteln nach § 11 SächsKHG.

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Staatskanzlei und die Staatsministerien, soweit dies zu ihrer Aufgabenerfüllung erforderlich ist, Daten verarbeiten dürfen (§ 4 Abs. 1 des Gesetzes über Fördermitteldatenbanken im Freistaat Sachsen (SächsFöDaG)). Die SAB ist nach dem SächsFöDaG verpflichtet, durch Rechtsverordnung bestimmte Daten an die zuständigen Stellen zu übermitteln.

Wir bitten um Überweisung der Fördermittel auf unsere Bankverbindung:

Kontoinhaber

IBAN (Eingabe ohne Leerzeichen)

BIC

Kreditinstitut

3. Bestätigung

Es wird versichert, alle Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben.

Ort

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift | Stempel