

An die  
 Sächsische Aufbaubank – Förderbank –  
 Abteilung Bildung

01054 Dresden

**Antragsnummer**

**Kundennummer** (sofern bekannt)

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen.

## Auszahlungsantrag

Zuschuss für die Neu- oder Wiederaufnahme oder die Erweiterung des spezifischen Leistungsspektrums zur Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit als Hebamme  
 Richtlinie Heilberufe Teil 2 Abschnitt C Ziffer II Nr. 3

### 1. Zuwendungsempfänger/Auszahlungsbetrag

**Name**

**Vorname**

Bankverbindung (soweit noch nicht angegeben)

**Kontoinhaber**

**IBAN** (Eingabe ohne Leerzeichen)

**beantragte Auszahlung** (Betrag in €)

**Bank**

### 2. Erklärungen des Zuwendungsempfängers

Der Zuwendungsempfänger erklärt, dass die freiberufliche Hebammentätigkeit in der Praxis oder der Filiale bzw. die Erweiterung des Leistungsspektrums innerhalb von 6 Monaten nach Bewilligung der Zuwendung aufgenommen wird/wurde.

Der Zuwendungsempfänger bestätigt, dass die Vorgabe des Zuwendungsbescheides, die Öffentlichkeit auf die Mitfinanzierung des Vorhabens durch den Freistaat Sachsen hinzuweisen, beachtet und soweit notwendig auch umgesetzt wurde.

Zuwendungsempfänger

**Ort**

**Datum** (TT.MM.JJJJ)

**Unterschrift | Stempel**