Mit Klick auf die grünen Schaltflächen „Zwischenspeichern“ oder „Prüfen und Speichern“ im Formular können Sie Ihre Eingaben speichern, um sie später weiter zu bearbeiten.

! VERTRAULICH !

SAB

An die
Sächsische Aufbaubank – Förderbank –

04022 Leipzig

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

beantragte Auszahlung (Betrag in €)

Bankverbindung (soweit noch nicht angegeben)

Kontoinhaber

Bank

IBAN (Eingabe ohne Leerzeichen)

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

eGovernment

10/25

SAB 64264 Seite 1 von 1

Prüfen und Speichern

Löschen

Sächsische Aufbaubank – Förderbank – Gerberstraße 5, 04105 Leipzig **Postanschrift:** 04022 Leipzig, **Telefon** 0341 70292-0, **Internet:** www.sab.sachsen.de
SWIFT/BIC: SABDDE81XXX **Gläubiger-ID:** DE42ZZZ00000034715 **USt-ID:** DE179593934

Formular ID: Prüfsumme:

Drucken