

An die
Sächsische Aufbaubank – Förderbank –
04022 Leipzig

Antragsnummer

Kundennummer (sofern bekannt)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Verwendungsnachweis

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

1. Zuwendungsempfänger

Name
Vorname

Praxis/Filiale
Strasse, Hausnummer
PLZ Ort

2. Verwendungsnachweis

Die Zuwendung in Höhe von

Betrag (in €)

wurde zweckentsprechend verwendet für

Sachausgaben und/oder **Personalausgaben**

die im direkten Zusammenhang stehen mit

- der Aufnahme einer freiberuflichen Hebammentätigkeit**
- der Wiederaufnahme einer freiberuflichen Hebammentätigkeit**
- der Erweiterung des Leistungsspektrums einer freiberuflichen Hebammentätigkeit.**

Die freiberufliche Hebammentätigkeit in der unter Ziffer 1 genannten Praxis/Filiale bzw. das erweiterte Leistungsspektrum der freiberuflichen Hebammentätigkeit wurde aufgenommen zum:

Datum (TT.MM.JJJJ)

3. Erklärungen des Zuwendungsempfängers

- Der Zuwendungsempfänger bestätigt das weitere Bestehen der neu- oder wieder aufgenommenen bzw. der erweiterten freiberuflichen Hebammentätigkeit mit kassenfinanzierten Regelleistungen.**
- 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.**

Der Zuwendungsempfänger informiert die Bewilligungsstelle, sofern die freiberufliche Hebammentätigkeit mit kassenfinanzierten Regelleistungen innerhalb von 36 Monaten nach der Neu- oder Wiederaufnahme bzw. der Erweiterung aufgegeben wird.

Zuwendungsempfänger

Ort
Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift Stempel