

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 Hebamme
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