

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**