

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