

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.

Zuwendungsempfänger

Ort

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift | Stempel