



Landkreis Cuxhaven  
Bereich Wirtschaft, Mobilität & Tourismus  
Kapitän-Alexander-Straße 1  
27472 Cuxhaven

### **Antrag auf Gewährung einer Zuwendung nach der Richtlinie auf Förderung der Niederlassung von Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzten im Landkreis Cuxhaven**

Dieses Förderprogramm wird mit Haushaltsmitteln der Städte Cuxhaven und Geestland, der Samtgemeinden Börde Lamstedt, Hemmoor und Land Hadeln sowie der Gemeinden Beverstedt, Hagen im Bremischen, Loxstedt, Schiffdorf, Wurster Nordseeküste und des Landkreises Cuxhaven ausgestattet.

<b>1. Zuwendungsempfänger</b>	
<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Bankverbindung</b>	IBAN:  BIC:  Bank:

## 2. Antragsdaten

### 2.1 Ich beantrage eine Zuwendung nach Nr. 4 der Förderrichtlinie.

#### 2.2 Die Niederlassung /Anstellung erfolgt als:

- Hausärztin/Hausarzt (Allgemeinmediziner/in / hausärztliche/r Internist/in)
- Fachärztin/Facharzt im Fachgebiet \_\_\_\_\_
  
- als Vollzulassung oder
- Teilzulassung

mit \_\_\_\_\_ Stunden /Sprechstunden in der Woche

#### 2.3 Benennung des Vertragsarztsitzes / Zweigpraxisstandortes

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ /Ort: \_\_\_\_\_

#### 2.4 Die Zuwendung wird beantragt (bitte ankreuzen) für die:

- Übernahme eines bestehenden Arztsitzes
- Neuerrichtung eines Arztsitzes
- Anstellung einer Ärztin/eines Arztes (Vor- und Zuname: .....)
- Gründung einer Zweigpraxis
- Bildung einer Gemeinschaftspraxis

#### 2.5 Anzahl der entstehenden / übernommenen Dauerarbeitsplätze (zusätzlich zur ärztlichen Tätigkeit):

\_\_\_\_\_ Vollzeitstellen

\_\_\_\_\_ Teilzeitstellen mit durchschnittlich \_\_\_\_\_ Wochenstunden

#### 2.6 Die förderfähige Maßnahme erfolgt zum (bitte Datum angeben) :

### **3. Persönliche Erklärung / Verpflichtungen:**

#### **3.1 Ich erkläre, dass**

- **ich alle Angaben in diesem Antrag gewissenhaft und vollständig gemacht habe,**
- **mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und auch vor Erhalt des Zuwendungsbescheides nicht begonnen wird, jede Abweichung der vorstehenden Angaben unverzüglich dem Landkreis Cuxhaven mitzuteilen ist,**
- **ich einverstanden bin, dass diese Angaben zum Zweck der zügigen Bearbeitung des Antrages sowie in anonymisierter Form zur statistischen Auswertung und Erfolgskontrolle der Richtlinie gespeichert werden.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

#### **Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt:**

- Ausweiskopie (im Falle der Anstellung zusätzlich die der/des anstellenden bzw. anzustellenden Ärztin/Arztes)
- De-Minimis-Erklärung
- Sofern bereits vorhanden, Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen