

Anschrift Antragstellender

Stadtverwaltung Ilmenau
 Abteilung Fördermittel, Ausgleichsleistungen
 Am Markt 7
 98693 Ilmenau

bitte ausgefüllt und unterzeichnet mit zugehörigen Anlagen
 an folgende E-Mail-Adresse versenden:

foerdermittel@ilmenau.de

Antrag auf Gewährung einer Zuwendung

Fördergegenstand:	Richtlinie der Stadt Ilmenau zur Förderung neu niedergelassener Ärzte, Zahnärzte und Apotheker
Art der Tätigkeit:	
Name des Antragstellenden:	
Adresse privat:	
Adresse Praxis/Betriebsstätte:	
Telefon:	
E-Mail:	
Zeitpunkt der Praxis-/Betriebsaufnahme:	
Beantragte Zuwendung in Euro (max. 10.000 Euro):	

Die Zuwendung soll auf folgendes Konto ausbezahlt werden:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

Erklärungen:

Ich bestätige, dass ich die Voraussetzungen zur Durchführung der o. g. Tätigkeit erfülle. Die hierfür erforderlichen Nachweise sind diesem Antrag angefügt.

Ich bestätige, dass ich die Förderbedingungen der Stadt Ilmenau zur Kenntnis genommen habe. Dies gilt insbesondere für eventuelle Rückzahlungsverpflichtungen bei vorzeitiger Praxis-/ Betriebsaufgabe.

Ich bestätige, dass ich über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ordnungsgemäß durch die Stadt Ilmenau informiert wurde und stimme der Verarbeitung zu.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift Antragstellers