

De-minimis Erklärung des Antragstellers bzw. der Antragstellerin

1. Angaben zum Antragsteller/zur Antragstellerin	
Facharzttrichtung	
Anrede, Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Anschrift	
Lebenslange Arztnr. (LANR)	

Hiermit bestätigt der Antragsteller/die Antragstellerin, dass er/sie im laufenden Kalenderjahr sowie in den vorangegangenen zwei Kalenderjahren:

- keine folgende

De-minimis Beihilfe im Sinne der Verordnung (EU) Nr. 1407/2013 der Kommission vom 18.12.2013 über die Anwendung der Artikel 107 und 108 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf De-minimis Beihilfen, Amtsblatt der EU L 352 vom 24.12.2013, S.1 ff erhalten hat.

In die Aufstellung sind auch die Beihilfen aufzunehmen, die gegenwärtig beantragt aber noch nicht bewilligt sind.

De-minimis Beihilfe Nr. 1

Datum des Bescheids	Zuwendungsgeber	
Aktenzeichen	Fördersumme in Euro	Subventionswert in Euro

De-minimis Beihilfe Nr. 2

Datum des Bescheids	Zuwendungsgeber	
Aktenzeichen	Fördersumme in Euro	Subventionswert in Euro

De-minimis Beihilfe Nr. 3

Datum des Bescheids	Zuwendungsgeber	
Aktenzeichen	Fördersumme in Euro	Subventionswert in Euro

Dem Antragsteller/der Antragstellerin ist bekannt, dass

- die Gesamtsumme der ihm gewährten De-minimis Beihilfe in einem Zeitraum von drei Steuerjahren 200.000,00 Euro nicht übersteigen darf.
- die vorstehenden Angaben subventionserheblich im Sinne des § 264 Strafgesetzbuch in Verbindung mit § 3 Subventionsgesetz sind.

Der Antragsteller/die Antragstellerin verpflichtet sich, Änderungen der vorgenannten Angaben unverzüglich an den Landkreis Heidekreis zu übermitteln, sofern sie ihm/ihr vor der Bewilligung der beantragten Zuwendung bekannt werden.

Ort, Datum

Unterschrift