**De-minimis Erklärung des Antragstellers**

**Stärkung der ärztlichen Versorgung durch Förderung von Niederlassungen und Praxisübernahmen in der Samtgemeinde Sittensen**

**Angaben zum Antragsteller**

|  |  |
| --- | --- |
| Haus- / Facharzt  |  |
| Anrede, Titel  |  |
| Name, Vorname  |  |
| Geburtsdatum, Geburtsort  |  |
| Straße |  |
| PLZ / Ort  |  |
| Lebenslange Arztnummer (LANR)  |  |

Hiermit bestätigt der Antragsteller, dass er 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 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 verpflichtet sich, Änderungen der vorgenannten Angaben unverzüglich an die Samtgemeinde Sittensen zu übermitteln, sofern sie ihm vor der Bewilligung der beantragten Zuwendung bekannt werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Antragsstellers Ort/Datum Unterschrift