

Anlage 3 zum Zuwendungsbescheid

An die
Bezirksregierung Münster
Dezernat 24
Domplatz 36
48143 Münster

Mittelanforderung

Zuwendung gem. § 14a Krankenhausgesetz (KHG) i. V. m. §§ 19 - 25 Krankenhausstrukturfondsverordnung (KHSFV)

Aktenzeichen des Antrags: A-
Name des Krankenhauses: _____
Name des Zuwendungsempfängers: _____
Anschrift des Zuwendungsempfängers: _____
Datum des Zuwendungsbescheids: _____

Die Zuwendung wird benötigt, da bei der Durchführung der o.a. Maßnahme bisher zuwendungsfähige Ausgaben in Höhe von _____ EUR entstanden sind.

Zusätzlich entstehen innerhalb der nächsten zwei Monate zuwendungsfähige Ausgaben in Höhe von _____ EUR.

Hinweis: Die abgerufenen Fördermittel dürfen jeweils 25% des gewährten Zuwendungsbetrages nicht unterschreiten.

Bitte überweisen Sie mir die Fördermittel in Höhe von _____ EUR an die folgende Bankverbindung.

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift