

Stadt Porta Westfalica  
Sachgebiet Wirtschaftsförderung und  
Immobilienmanagement  
Kempstraße 1

32457 Porta Westfalica



**Antrag auf Gewährung einer Zuwendung  
im Rahmen der Richtlinie zur Förderung der hausärztlichen  
Versorgung in der Stadt Porta Westfalica**

Die vollständige Beantwortung der Fragen in diesem Antragsformular sowie in den beigefügten Anlagen ist Voraussetzung für die Bearbeitung Ihres Antrages. Es besteht kein Rechtsanspruch auf die Gewährung einer Förderung. Die Förderung erfolgt erst nach Prüfung der Antragsunterlagen und nach Erhalt eines Zuwendungsbescheides.

**1. Antragsteller (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!!)**

(Titel), Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Ggf. Facharztbezeichnung	
Anschrift	
Festnetz/Mobil/E-Mail	

**Die Antragstellung erfolgt für**

- ☐ den Antragsteller persönlich
- ☐ den folgenden beim Antragsteller tätigen Facharzt:

(Titel), Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Ggf. Facharztbezeichnung	

## 2. Förderstandort: Porta Westfalica

(geplante) Anschrift:	
Datum der Tätigkeitsaufnahme:	

### 1. Die Förderung wird beantragt zu folgendem Zweck

- ☐ Praxisübernahme
- ☐ Neugründung einer Praxis
- ☐ Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis
- ☐ Anstellung eines Arztes
- ☐ Einrichtung einer Zweigpraxis

### 2. Umfang der geplanten Tätigkeit

Die Ausübung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erfolgt mit

- ☐ mindestens 31 Stunden pro Woche (Faktor 1)
- ☐ über 20 bis 30 Std./Woche (Faktor 0,75)
- ☐ über 10 bis 20 Std./Woche (Faktor 0,5)

### 3. Anlagen

- Beschluss des Zulassungsausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Zulassung als Fachärztin/Facharzt hausärztlich an der vertragsärztlichen Versorgung in der Stadt Porta Westfalica teilzunehmen.
- Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung und Hinweis zu § 264 StGB

---

Ort, Datum

---

Unterschrift