

Anlage 3 zum Antrag zur „Richtlinie Maßnahmen zur Stärkung der ärztlichen Versorgung im Mittelzentrum Simmern/Hunsrück“

Antragsteller

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Erklärung über die Inanspruchnahme von Fördermitteln

Ich/Wir habe(n) bereits folgende Fördermittel erhalten, bzw. beabsichtige(n) die Beantragung folgender Fördermittel, welche in unmittelbarem Sachzusammenhang mit meiner/unserer Ansiedlung in der Stadt Simmern/Hunsrück stehen:

Lfd. Nr.	Zuwendungsgeber	Zuwendungsbetrag

Mit meiner/unserer Unterschrift versichere(n) ich/wir die Richtigkeit der oben stehenden Angaben. Weiterhin verpflichte(n) ich/wir mich/uns, die Stadt Simmern/Hunsrück über zukünftig erhaltene Zuwendungen zu unterrichten.

Ort/Datum

rechtsverbindliche Unterschrift