

**Grundsatzerklärung des Krankenhausträgers zum Antrag des Transformationsfonds gegenüber dem Land Niedersachsen**

**Bestätigung der Vollständigkeit und Richtigkeit**

Fördertatbestand:

Maßnahmenbezeichnung:

**Name Krankenhausträger:**

Der Krankenhausträger bestätigt gegenüber dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, dass die im Antrag, in den fördertatbestandsbezogenen Anlagen sowie in den beigefügten Unterlagen gemachten Angaben vollständig und zutreffend sind.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift