

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