

# Subventionsantrag

von Vorhaben/Maßnahmen/Projekten aus Mitteln der  
Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege,  
des Landes Kärnten für das Jahr

**Subventionswerber:**

Name: .....

Anschrift:.....

.....

Telefonnummer: .....

E-Mail:.....

Bankverbindung: .....

IBAN. : ..... BIC : .....

vorsteuerabzugsberechtigt: ja  nein  (zutreffendes bitte ankreuzen)

Vorhaben/Projekt/Maßnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche/s Wirkungsziel/e wird/werden damit unterstützt? ([Wirkungsziele](#))

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es wird beantragt folgendes Vorhaben aus Mitteln der Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege, des Amtes der Kärntner Landesregierung mit einem Betrag von Euro \_\_\_\_\_ zu subventionieren:

*(Bei Vorsteuerabzugsberechtigung Betrag ohne MwSt.)*

**1) Detaillierte Beschreibung des zu subventionierenden Vorhabens und inwiefern das Vorhaben zum Erreichen des Wirkungszieles (siehe vorne) beiträgt (Sinnhaftigkeit mit Daten und Fakten hinterlegt). Siehe auch Punkt 5 in den Subventionsrichtlinien.**

(Bei Platzmangel bitte durch gesonderte Beilagenblätter erläutern)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2) Detaillierte Darstellung über Ausgaben und Einnahmen einschließlich bereits beantragter öffentlicher Subventionsmittel. Siehe auch Punkt 5 in den Subventionsrichtlinien.**

(bei Platzmangel bitte durch gesonderte Beilagenblätter erläutern)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 3) Zweckwidmung :**  Vollförderung  
 Teilförderung
- Personalaufwendungen  
 Sachaufwendungen  
 Sonstiges .....
- .....  
.....

Ort: .....

Datum: .....

Statutenmäßige/firmenmäßige Zeichnung :.....

Unterschrift .....

**Separate Unterfertigung und das Hinzufügen der Subventionsrichtlinien der Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege zum Subventionsantrag ist verpflichtend. Unvollständige Anträge werden nicht bearbeitet.**