

Empfänger der Billigkeitsleistung
Anschrift

Ort, Datum
Ansprechpartner
Telefon
E-Mail

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
– Referat IV A 4 –  
Fürstenwall 25  
40219 Düsseldorf

<b>Billigkeitsleistung für die zugelassenen Krankenhäuser zur Schaffung zusätzlicher ECMO-Plätze</b>		
Bewilligungsbescheid vom	Bewilligungsbescheid erhalten am	Aktenzeichen

**Mittelanforderung**

Die vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen mit o.g. Bescheid bewilligte Billigkeitsleistung wird wie folgt benötigt:

	Anzahl ECMO-Plätze	Höhe der Billigkeitsleistung (tatsächlich entstandene Kosten lt. Testat Wirtschaftsprüfer, max. 100.000 € je ECMO-Platz)
1. Gesamtsumme der zu bewilligenden Mittel (lt. Bewilligungsbescheid)		
<b>2. Mittelanforderung</b>		

Ich versichere, dass die angeforderten Mittel bereits verausgabt sind und die zur Mittelanforderung erforderlichen Bestätigungen bzw. Nachweise (a – c) als Anlage beigefügt sind.

- a) Bestätigung, dass der/die zusätzliche/n Platz/Plätze bis zum 30.06.2022 in Betrieb genommen wird/werden beziehungsweise wurde/n und in IG NRW ein entsprechender Aufwuchs gegenüber dem Stand 01.05.2021 festzustellen ist
- b) Wirtschaftsprüfertestat über die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten für die im Bewilligungsbescheid unter Nummer 4 genannten Aufwände
- c) Benennung des/der Hersteller/s des/der ECMO-Geräte/s, der Geräte-Nummer/n sowie der Daten, an denen das/die Gerät/e bestellt und geliefert wurde/n

Die Richtigkeit der Mittelanforderung wieder hiermit bestätigt.

..... (Ort/Datum)	..... (Rechtsverbindliche Unterschrift des Empfängers der Billigkeitsleistung)  ..... (Name, Funktion)
----------------------	--