



*Förderverein für  
Palliativmedizin  
Kiel e.V.*

## **Antrag auf Förderung**

für Sachmittel

für Projekte

für Weiterbildung

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

beschäftigt bei (Name, Anschrift):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_

Art der Weiterbildung / Projekte / Sachmittel:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anbieter (Name und Anschrift):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



*Förderverein für  
Palliativmedizin  
Kiel e.V.*

Kosten der Fortbildungsmaßnahme / Projekte / Sachmittelbeschaffung:

---

---

Warum möchten Sie die Fortbildung besuchen / Sachmittel anschaffen (welches Ziel wird verfolgt)?

---

---

---

Zuschuss durch den Arbeitgeber:  ja  nein (Ablehnung muss nachgewiesen werden)

anteilig mit \_\_\_\_\_ €

Andere Förderungsmöglichkeiten:  ja  nein  anteilig mit \_\_\_\_\_ €

Wenn ja, welche? (z.B. durch die Investitionsbank Schleswig-Holstein)

---

**Alle zu erhaltenden Zuschüsse sind vorrangig auszuschöpfen.**

**Eine Mitgliedschaft im Förderverein für Palliativmedizin Kiel e.V. ist Voraussetzung für eine finanzielle Unterstützung.**

Sind Sie Mitglied im Förderverein für Palliativmedizin Kiel e.V.?  ja  nein

---

Datum

---

Unterschrift