



Bayerisches Landesamt für
Pflege

Formular zur Anzeige eines Trägerwechsels

(Auszufüllen durch den bisherigen Krankenhausträger)

Name und Adresse des bisherigen Krankenhausträgers

Name, Adresse und KeZ des Krankenhauses

Hiermit wird bestätigt, dass die gewährten Fördermittel, die im Rahmen des
Krankenhauszukunftsfonds nach §21 Absatz 2 KHSFV gewährt wurden, auf den neuen
Krankenhausträger (Name Träger) übertragen werden.

Der Trägerwechsel erfolgt mit Datum vom

Ort

Datum

Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

Unterschrift(en) der vertretungsberechtigten Person(en), Stempel der Einrichtung

Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

Unterschrift(en) der vertretungsberechtigten Person(en), Stempel der Einrichtung