



Bayerisches Landesamt für
Pflege

Formular zur Anzeige eines Trägerwechsels

(Auszufüllen durch den neuen Krankenhausträger)

Name und Adresse des zukünftigen Krankenhausträgers

Name, Adresse und KeZ des Krankenhauses

Hiermit wird gegenüber dem Landesamt für Pflege bestätigt, dass sämtliche bisherige Fördermittelbescheide aus dem Krankenhauszukunfts fonds nach § 21 Absatz 2 KHSFV, die dem bisherigen Träger _____ (Name Krankenhausträger) für das o.g. Krankenhaus zugingen sowie die mit der Förderung verbundenen Verpflichtungen, Bedingungen und Auflagen anerkannt werden.

Alle Vorhaben, die im Rahmen des Krankenhauszukunfts fonds beantragt wurden, werden wie bewilligt umgesetzt.

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