



Antrag auf Förderung

- ☐ Weiterbildung
- ☐ Veranstaltung
- ☐ Sonstiges

Antragsteller

Krankenhaus/Praxis/Einrichtung

Adresse

Förderprojekt/Veranstaltung

Beantragte Fördersumme _____ €

Kontoverbindung

(nur ausfüllen, wenn Rechnung durch Antragsteller bereits beglichen ist.
Bei geplanten Weiterbildungen u.ä. bitte als Rechnungsempfänger SWS Tumorzentrum
Zwickau e.V., 08060 Zwickau, Karl-Keil-Str. 35 angeben.

DE _____

Datum

.....
Unterschrift Antragsteller