

Von Bewilligungsbehörde auszufüllen:

Bewilligungs-ID (GM) _____

Finanzposition: _____

Fälligkeit: (falls abweichend) _____

Einzelrechnung/Teilrechnung/Schlussrechnung

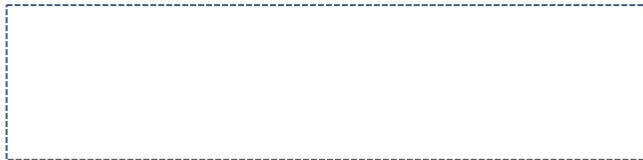
Unterschrift Ausführende/-r / Datum

Landesamt für Soziales und Versorgung

Dezernat 53

Lipezker Straße 45, Haus 5

03048 Cottbus



(Absender)

Mittelanforderung

gemäß Nr. 1.4 ANBest-P bzw. ANBest-G oder Nr. 1.5 ANBest-I

Zuwendungsbescheid vom: _____ **Geschäftszeichen:** _____

1. Mit o.g. Zuwendungsbescheid wurden insgesamt bewilligt: _____

2. Von der bewilligten Zuwendung wurden bisher abgerufen: _____

3. Höhe der verbliebenen Zuwendung: _____

4. Für voraussichtlich fällige Zahlungen abzüglich erwarteter Einnahmen einschließlich Zuwendungen Dritter, Eigenanteil und dem Projekt zuzurechnender gegebenenfalls vorhandener Geldbestände werden Zuwendungsmittel benötigt und hiermit abgefordert in Höhe von: _____

5. Höhe der verbleibenden Zuwendung abzüglich des Bedarfs: _____

6. Bankverbindung:

Inhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Verwendungszweck: _____

Fälligkeit (Datum): _____

7. Hiermit wird bestätigt, dass abgeforderte Zuwendungsmittel innerhalb der 2-Monatsfrist gemäß Nr. 1.4 ff. der ANBest-P bzw. ANBest-G oder Nr. 1.5 ANBest-I sowie entsprechend der Auflagen im Zuwendungsbescheid ausgegeben wurden bzw. werden (andernfalls ist der Zuwendungsgeber unmittelbar über die Höhe der nicht verwendeten Mittel in Kenntnis zu setzen).

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel