

Mittelabruf

Zuwendung gemäß der Richtlinie zur Förderung von Maßnahmen der Qualitätsverbesserung in der Kindertagesbetreuung



Landkreis Dahme-Spreewald
Amt für Kinder, Jugend und Familie
Kindertagesbetreuung
Beethovenweg 14
15907 Lübben (Spreewald)

Vermerke Amt

1. Der/Die Zuwendungsempfängende			
Name			
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)			
Ansprechpartner/in			
Telefon		Telefax	
Zuwendungs- bescheid vom		Aktenzeichen	

2. Mittelbedarf	
bewilligte Mittel lt. Zuwendungsbescheid	
bisher wurden abgerufen	
benötigte Mittel	

3. Auszahlung
sofort
zum _____
laut festgesetzter Termine im Zuwendungsbescheid (sofern geregelt)

4. Bankverbindung			
Ich/Wir bitten um Überweisung der Mittel auf folgendes Konto:			
Kreditinstitut		Kontoinhaber	
IBAN			

Es wird darauf hingewiesen, dass die benötigten Mittel innerhalb von 2 Monaten nach Auszahlung zweckentsprechend zu verwenden sind (näheres siehe Punkt 1.4 ANBest-P/ANBest-G). Dies gilt nicht, sofern im Zuwendungsbescheid Termine für die Auszahlung der Zuwendung festgesetzt wurden.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Name in Druckbuchstaben