

Dezernat Soziales, Bildung, Jugend und Gesundheit

Mittelabruf Haushaltsjahr

O Lokaler Aktionsplan gegen Rechtsextremismus/Partnerschaft für Demokratie

O Schüler:innenparlament

1. Angaben zum Antragsteller

Name des Trägers

Name, Vorname des Ansprechpartners

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail-Adresse

2. Bewilligungsbescheid

vom

Aktenzeichen

Die Mittel sollen für jeweils zwei Monate wie folgt ausgezahlt werden:

Zeitraum von - bis

Auszahlung zum

Betrag in EUR

Personalkosten

Sachkosten

Wir bitten um Überweisung auf die nachfolgende Bankverbindung:

Kreditinstitut

Buchungstext

Fälligkeit

BIC

IBAN

rechtsverbindliche Unterschrift

Datum

3. Wird von der Stabsstelle LAP/PFD ausgefüllt!

Sachlich richtig und festgestellt auf EUR

Haushaltsstelle

Unterschrift Projektmanager

Datum

Unterschrift Haushaltssachbearbeiter

Datum

