

Von Bewilligungsbehörde auszufüllen:

Bewilligungs-ID (GM)

Finanzposition:

Fälligkeit (falls abweichend):

Einzelrechnung/Teilrechnung/Schlussrechnung

Unterschrift Ausführende/-r / Datum, sachlich und rechnerisch richtig

.....

Landesamt für Soziales und Versorgung

Dezernat 53

Lipezker Straße 45, Haus 5

03048 Cottbus

(Absender)

Mittelanforderung Fortbildung

Zuwendungsbescheid vom:**Geschäftszeichen:**

Mit o.g. Zuwendungsbescheid wurden insgesamt bewilligt:

Von der bewilligten Zuwendung werden abgerufen:

(Pflicht-) Fortbildung		Fortbildung zum Wiedereinstieg in die Geburtshilfe oder zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe	
Fortbildungskosten = Gesamtkosten		Fortbildungskosten	
		Fahrtkosten Pkw (0,20 €/km)	
		Ticketkosten für Bus/ Bahn	
		Übernachungskosten	
		Gesamtkosten	
Davon beantragte Zuwendung (max. 50 %)		Davon beantragte Zuwendung (max. 80 %)	

Bankverbindung

Inhaber:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Verwendungszweck:

Fälligkeit (Datum):

Als Anlage wird die Bestätigung der Fortbildungseinrichtung über die erfolgreiche Teilnahme beigelegt.

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel