



Landesamt für Soziales und Versorgung
Dezernat 52
Lipezker Straße 45, Haus 5
03048 Cottbus

(Absender)

Mittelanforderung
gemäß Nr. 1.4 ANBest-P bzw. ANBest-G

Zuwendungsbescheid vom:

Geschäftszeichen:

- | | |
|--|---|
| 1. Mit o.g. Zuwendungsbescheid wurden insgesamt bewilligt: | € |
| 2. Von der bewilligten Zuwendung wurden bisher abgerufen: | € |
| 3. Höhe der noch verbliebenen Zuwendung: | € |
| 4. Höhe des Bedarfes, welcher abgefordert wird: | € |
| 5. Höhe der verbleibenden Zuwendung abzüglich des Bedarfs: | € |

6. Bankverbindung:

Inhaber:

IBAN:

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 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

Von Bewilligungsbehörde auszufüllen:

Belegnr. Mittelbindung:	Einzelrechnung/Teilrechnung/Schlussrechnung
Finanzposition:	<u>sachlich und rechenerisch richtig:</u>
Kreditoren-Nummer:	Fälligkeit:
Anordnungsnummer	Sachkonto:
FI-Belegnummer:	Auftrag:
Datum/Unterschr. Bucher:	Datum/Unterschrift SB: