*Zuwendungsempfänger:* Datum:

Landkreis Mecklenburgische Seenplatte

Sozialamt

Haushalt/Controlling

An der Hochstraße 1

17036 Neubrandenburg

**Mittelabruf**

|  |
| --- |
| Bezeichnung der Maßnahme:      |

|  |
| --- |
| Datum des Zuwendungsbescheides:      |
| Aktenzeichen des Zuwendungsbescheides:      |
| Höhe des Zuwendungsbescheides (in EUR):      |
| Für fällige Zahlungen entsprechend der Allgemeinen Nebenbestimmungen im Rahmen des genannten Verwendungszweckes wird ein Betrag in Höhe von (in EUR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_benötigt und somit abgerufen. |
| Begründung der Notwendigkeit des Mittelabruf:      |
| BankverbindungKreditinstitut:     IBAN:     BIC:      |
| Verwendung bereits erhaltener Teilbeträge in summarischer Form (Gesamtbetrag):      |

----------------------------------

(rechtsverbindliche Unterschrift) Stempel