*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: |
| Bankverbindung  Kreditinstitut:  IBAN:  BIC: |
| Verwendung bereits erhaltener Teilbeträge in summarischer Form (Gesamtbetrag): |

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

(rechtsverbindliche Unterschrift) Stempel