

Mittelanforderung

Zuwendungsempfänger

Ort, Datum

Bezirksregierung Arnsberg
Dezernat 24
Seibertzstraße 1
59821 Arnsberg

Zuwendungen des Landes Nordrhein-Westfalen

Fördermaßnahme: _____

Zuwendungsbescheid vom _____, Az. _____

Es wird gebeten, den Betrag von _____ € auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN: _____

BIC: _____

Bankinstitut: _____

Kontoinhaber/in: _____

Termin der Überweisung: _____

1. Ich bestätige hiermit, dass die Ziffer 1.4 ff AN Best-P/G (2-Monatsfrist) bei der Mittelanforderung beachtet wurde.

2. Der Verzicht auf Rechtsbehelf wird ausdrücklich erklärt.

3. Der Anforderung liegt folgender Mittelbedarf zu Grunde:

Voraussichtlich innerhalb der nächsten
zwei Monate zu leistende Zahlungen _____ €

abzüglich zu diesem Zeitpunkt verfügbare eigene
Mittel und Mittel Dritter _____ €

Somit derzeit benötigter Zuwendungs(teil)betrag _____ €

Rechtsverbindliche Unterschrift