Landesamt für Gesundheit und Soziales Abteilung Förderangelegenheiten z.Hd. Anke Ruhkieck Friedrich-Engels-Straße 47 19061 Schwerin	**Zuwendungsempfänger:**

MITTELANFORDERUNG (Kopiervorlage für alle anzufordernden Teilbeträge)

Bezug: Zuwendungsbescheid vom _____, Az.: **LAGuS/MV-6-SF003-_____**

Bewilligungszeitraum vom _____ bis _____

Zuwendung bis zur Höhe von _____ EUR

Für die im Rahmen des Verwendungszwecks fälligen Zahlungen benötige ich den Teilbetrag von insgesamt:

_____ **EUR**

Betrifft folgende Einrichtungen:

Einrichtung	Realisierungsstand	Teilbetrag	Prozentualer Anteil von Zuwendungsbetrag

Bankverbindung:

Name des Kontoinhabers

Kreditinstitut/Zahlungsdienstleiser

IBAN (International Bank Account Number, internationale Bankkontonummer)

ggf. Angabe Kassenzeichen/Verwendungszweck	

_____,	_____	_____	
Ort, Datum	Name in Druckschrift	Rechtsverbindliche Unterschrift des Zuwendungsempfängers	Stempel