

Landesamt für Gesundheit und Soziales Abteilung Förderangelegenheiten z.Hd. Anke Ruhkiewek Friedrich-Engels-Straße 47 19061 Schwerin	Zuwendungsempfänger: Landkreis / kreisfreie Stadt
--	---

MITTELABRUF (Kopiervorlage für alle anzufordernden Teilbeträge)

Bezug: Zuwendungsbescheid vom, Az.:

Bewilligungszeitraum vom bis

Zuwendung bis zur Höhe von EUR

bisher ausgezahlt: EUR

Für die in den nächsten drei Monaten fälligen Zahlungen im Rahmen des Verwendungszwecks benötige ich den Teilbetrag von insgesamt:

_____ EUR

Betrifft folgende Einrichtungen / Tagespflegepersonen:

Tageseinrichtung/Tagespflege	Anzahl neu eingerichtete Betreuungsplätze	Anzahl gesicherte Betreuungsplätze	Teilbetrag

Bankverbindung:

Name des Kontoinhabers

IBAN (International Bank Account Number, internationale Bankkontonummer)	BIC (Business Identifier Code; intern. Bank-Code)
<div style="border: 1px solid black; display: flex; height: 25px;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; display: flex; height: 25px;"> </div>

ggf. Angabe Kassenzeichen/Verwendungszweck	
---	--

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