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

MITTELANFORDERUNG
(Kopiervorlage für alle anzufordernden Teilbeträge)

Bezug: Zuwendungsbescheid vom ……, Az.: **……..**

Bewilligungszeitraum vom …….. bis ……

Zuwendung bis zur Höhe von ……..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

Kreditinstitut/Zahlungsdienstleister

IBAN (International Bank Account Number, internationale Bankkontonummer)

ggf. Angabe Kassenzeichen/Verwendungszweck	

Ort, Datum	Name in Druckschrift	Rechtsverbindliche Unterschrift des Zuwendungsempfängers	Stempel