

Formblatt 2

Mittelanforderung zum Zuwendungsbescheid der Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern vom 01.01.2012

Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 199
19053 Schwerin

Telefon: 0385/5181-401
Fax: 0385/5181-444

1. Angaben zum Zuwendungsempfänger

Name und Anschrift:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

E-Mail :

Bankverbindung:

Empfänger:

Kontonummer:

Geldinstitut:

Bankleitzahl:

2. Maßnahmebezeichnung

Maßnahmebeginn:

Maßnahmeende:

3. Bescheid

Lt. Zuwendungsbescheid vom
in Höhe von

wurden Fördermittel bewilligt
€.

Hiermit wird bestätigt, dass die Finanzierung der Maßnahme gesichert ist.
Alle Ausgaben werden im Sinne der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit getätigt.

Datum, Ort

Unterschrift