



Bayerisches Landesamt für
Pflege

An

Bayerisches Landesamt für Pflege
- Referat 32 -
Mildred-Scheel-Straße 4
92224 Amberg

Auzahlungsantrag für Zuwendungen

Teilzahlung
Abschlusszahlung

1. Antragstellende Einrichtung / Person (Zuwendungsempfänger/-in)

Firma / Name, Vorname

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Geldinstitut

IBAN

Vertretungsberechtigte Person / Personen (Name, Vorname)

E-Mail-Adresse

Telefon-Nr.

Zahlungsempfänger/-in identisch mit Zuwendungsempfänger/-in

Ja falls Nein bitte abweichende Angaben:

2. Fördergegenstand (siehe Zuwendungsbescheid)

Projektkennziffer:

Datum Zuwendungsbescheid:

Bewilligte Zuwendung (€):

Zuwendungsfähige Ausgaben (€):

Fördersatz (%):

4. Änderungen im Projektablauf

Eingetreten:

Ja Nein

(Falls ja, bitte in diesem Textfeld begründen - 1.000 Zeichen mgl.)

5. Erklärungen und Hinweis

Ich bzw. wir erklären:

- Das bewilligte Projekt wurde bzw. wird entsprechend den Regelungen des Zuwendungsbescheids durchgeführt und die ANBest-P bzw. ANBest-K beachtet.
- Die Rechnungen für die geltend gemachten Ausgaben (vgl. Nr. "3.b.(2)") werden spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Auszahlung der Zuwendung beglichen.
- Die zur Auszahlung beantragte Zuwendung wird ausschließlich für den im Zuwendungsbescheid festgesetzten Zweck verwendet.

Mir / uns ist die Mitteilungspflicht aus Nr. 5 ANBest-P bzw. ANBest-K bekannt.

Ort, Datum

Vertretungsberechtigte Person / Personen
Name(n), Vorname(n)