



**MITTELANFORDERUNG LAP**  
**Bundesprogramm „Demokratie leben!“**

Landkreis Märkisch-Oderland  
 Jugendamt  
 Jugendförderung  
 Klosterstraße 14  
 15344 Strausberg

Eingangsvermerk

**Aktenzeichen**

**Projektdaten**

für den Zeitraum von  bis   
 (max. 6 Wochen im Voraus):

Förderzeitraum  bis

Träger:

Ansprechpartner:

Telefon:

**Bankverbindung**

Kontoinhaber

IBAN\*

BIC

Geldinstitut

Kassenzeichen

bewilligt lt. Zuwendungsbescheid	davon bereits abgerufen	davon verbraucht	nicht verbraucht	noch verfügbar	Bedarf für o.g. Zeitraum	Mittelanforderung durch Träger

**Was wurde bereits finanziert? Wofür werden die abgeforderten Mittel benötigt?**

Die Richtigkeit und Vollständigkeit wird bestätigt. Die Nr. 1.4 der ANBest-P wurde beachtet.

Ort, Datum

X

rechtsverbindliche Unterschrift