

Abrechnung

eines Zuschusses für Einzelteilnehmer aus dem Landkreis Cuxhaven, Träger der
Veranstaltung außerhalb des Landkreises Cuxhaven
gemäß der Richtlinien des Landkreises Cuxhaven vom 07.06.2023

Verband/Verein/Gruppe

Ort und Datum

Landkreis Cuxhaven
Kreisjugendpflege Cuxhaven
Rohdestraße 2
27472 Cuxhaven

Ort der Maßnahme: _____

TN-Zahl LK Cux: _____

Ges. TN-Zahl: _____

Betreuer:innenzahl
Inkl. Leiter:in _____

Aufenthaltsbestätigung:

Beginn der Maßnahme: _____

Ende der Maßnahme: _____

Unterschrift und Stempel

Dauer: _____Tage

Bankverbindung:

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

TeilnehmerInnen aus dem Landkreis

Lfd. Nr.	Name und Vorname	Wohnort	Geb. am	Unterschrift des Teilnehmers
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				