

Abrechnung

eines Zuschusses für **Einzelteilnehmer aus dem Landkreis Cuxhaven, Träger der
Veranstaltung außerhalb des Landkreises Cuxhaven**
gemäß den Richtlinien des Landkreises Cuxhaven vom 10.01.2024

Landkreis Cuxhaven
Kreisjugendpflege
Vincent-Lübeck-Str. 2
27474 Cuxhaven

Ort der Maßnahme: _____

TN-Zahl LK Cux: _____ Ges. TN-Zahl: _____

Betreuer:innenzahl inkl. Leiter:in: _____

Beginn der Maßnahme: _____

Ende der Maßnahme: _____

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				

Anlässlich der EU-Datenschutzbestimmungen vom 25.05.2018 weisen wir darauf hin, dass die angegebenen Daten zur Antragsbearbeitung und Zahlbarmachung durch uns gespeichert werden.

Ort, Datum