Projektförderung der Deutschen Kinderkrebsstiftung, Adenauerallee 134, 53113 Bonn

**Anforderungsformular zum Abruf von Drittmitteln der Deutschen Kinderkrebsstiftung laut Bewilligungsbescheid / Fördermittelplan**

**Zahlungsanforderung**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Projektleiter:** |  | **Antragsnummer:**  |  | **Projektnummer:** |
| **Bewilligungsbescheid vom:**  |  | **Förderzeitraum:** |  | **Aktueller Abrufzeitraum:****von**   **bis**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Bewilligter Betrag**  |  | **Abruf – Betrag**  |
| **Personalmittel** (siehe auch Anlage A)**:** |  |  |  |  |
| Position 1 |  |  |  |  |
| Position 2 |  |  |  |  |
| Position 3 |  |  |  |  |
| Position 4 |  |  |  |  |
| Position 5 |  |  |  |  |
| Position 6 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Reisemittel** (siehe Anlage B): |  |  |  |  |
| Position 1 |  |  |  |  |
| Position 2 |  |  |  |  |
| Position 3 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Pauschale Förderungsmittel** (falls bewilligt)**:** |
| Position 1 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mittel für Verbrauchsmaterialien:** |  |  |  |  |
| Position 1 |  |  |  |  |
| Position 2 |  |  |  |  |
| Position 3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Bewilligter Betrag**  |  | **Abruf – Betrag**  |
| **Investitionsmittel \*:** |  |  |  |  |
| Position 1 |  |  |  |  |
| Position 2 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mittel zur Beschaffung und Haltung von Versuchstieren \*:** |  |  |  |  |
| Position 1 |  |  |  |  |
| Position 2 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mittel für Sonstiges\*:** |  |  |  |  |
| Position 1 |  |  |  |  |
| Position 2 |  |  |  |  |

***\**** *(Beleg /Rechnungs-Kopie beifügen)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mittel für Dokumentationspauschalen**(bitte tabellarische Auflistung beifügen): |  |  |  | **Abruf für Jahr:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Position 1 |  |  |  |  |

**Wir bitten um die Überweisung des Betrages in Höhe von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bankverbindung/Drittmittelkonto des Empfängers**

|  |
| --- |
| Empfänger: |
| IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | BIC: | | | | | | | | | |  |
| Name und Ort des Geldinstituts: |
| Verwendungszweck/Drittmittelkonto: |

Ort, Datum: Unterschrift, Stempel Verwaltung

Ort, Datum: Unterschrift Projektleiter

Diese Felder werden von der Deutschen Kinderkrebsstiftung ausgefüllt:

2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Geprüft und genehmigt: | Datum  | Unterschrift |
| Datenbankeintrag: |  |  |
| Gebucht: |  |  |