

Zwischen-/Schlussverwendungsnachweis

für das Kalenderjahr
für den Zeitraum vom

Antragsnummer

Bewilligungsschreiben vom
Zusätzliche Bewilligung vom

1. Einnahmen (im Abrechnungszeitraum)

Ggf. Übertrag restlicher Mittel aus vorherigem Antrag	_____	0,00 €
Saldo des letzten Verwendungsnachweises vom	_____	0,00 €
Eingang Mittelanforderung am	_____	0,00 €
	_____	0,00 €
	_____	0,00 €
	_____	0,00 €
Summe der Kassenmittel		0,00 €

2. Ausgaben (Seite 2-5)

Personalausgaben		0,00 €
Verbrauchsmaterial		0,00 €
Gerätekosten		0,00 €
Tierkosten		0,00 €
Weitere Kosten		0,00 €
Summe der Ausgaben		0,00 €

3. Abrechnungsstand am _____

Summe der Kassenmittel (Ziffer 1)		0,00 €
abzüglich Summe der Ausgaben (Ziffer 2)		0,00 €
Kassenmittel - Ausgaben		0,00 €

4. Saldo des Drittmittelkontos

beim Zwischen- bzw. Schlussverwendungsnachweis am _____ **0,00 €**

(Abweichungen von dem unter Ziffer 3 genannten Betrag bitte gesondert erläutern)

5. Nur beim Schlussverwendungsnachweis ausfüllen

Die restlichen Kassenmittel gemäß Ziffer 3

wurden an die Wilhelm Sander-Stiftung zurücküberwiesen (entfällt bei einem Restbetrag bis 5 €) am _____

Bankverbindung: Wilhelm Sander-Stiftung, IBAN DE70 75051 56500 10623775, BIC: BYLADEM1KEH

Der Förderantrag ist damit rechnerisch abgeschlossen.

Ich versichere, dass die nachgewiesenen Ausgaben für das geförderte Vorhaben notwendig waren und ausschließlich dafür verwendet worden sind.

Die Angaben sind richtig. Die nachgewiesenen Ausgaben sind tatsächlich entstanden und ordnungsgemäß belegt. Die Belege werden bei der Drittmittelstelle aufbewahrt. Geräte, Gebrauchsgegenstände und Spezialliteratur sind ordnungsgemäß inventarisiert.

_____, den _____

Eigenhändige Unterschrift der Antragstellung

Dienststempel und verbindliche Unterschrift der Drittmittelstelle

Nachweis Personalausgaben

Lfd. Nr.	Name, Vorname des Mitarbeitenden	Beschäftigt als	a) Vergütungs-/Lohngruppe bzw. b) bei Stundenvergütung Angabe der Gesamtstundenzahl c) Art der Personalnebenkosten *)	Zahlungszeitraum von bis **)	Gesamtbetrag (keine Monatsbeträge) €
1	2	3	4	5	6

*) Essenzuschuss, Krankheitsbeihilfe, Beitrag zur Berufsgenossenschaft u.ä.

***) Ausfallzeiten von mehr als 6 Wochen bitte gesondert angeben (z. B. Arbeitsunfähigkeit, gesetzliche Mutterschutzfrist, Mutterschaftsurlaub)

0,00

Nachweis Verbrauchsmaterial

Lfd. Nr.	Datum der Rechnung	Zahlungsempfänger	Grund der Zahlung (Bezeichnung des Materials angeben - keine allgemeinen Gattungsbegriffe wie Verbrauchsmaterial verwenden)	Verbrauchsmaterial €
7	8	9	10	11
				0,00

Nachweis Gerätekosten

Lfd. Nr.	Datum der Rechnung	Zahlungsempfänger	Grund der Zahlung (Bezeichnung des Gerätes angeben)	Gerätekosten €
12	13	14	15	16
				0,00

Nachweis Tierkosten

Lfd. Nr.	Datum der Rechnung	Zahlungsempfänger	Grund der Zahlung	Tierkosten €
17	18	19	20	21
				0,00

Nachweis Weitere Kosten

Lfd. Nr.	Datum der Rechnung	Zahlungsempfänger	Grund der Zahlung (Bei Reise Ziel angeben)	Kooperations- reisekosten €	Weitere Kosten €
22	23	24	25	26	27
					0,00