

ZuwendungsempfängerIn:

Ort, Datum:

Landratsamt Greiz
Gesundheitsamt
Kontakt- & Informationsstelle für SHG (KISS)
Dr.-Rathenau-Platz 11
07973 Greiz

Mittelabruf

Zuwendungsbescheid vom:

Zuwendungsbetrag:

bisher ausgezahlt, am:

Bankverbindung:

Kreditinstitut:

IBAN:

DE

BIC:

rechtsverbindliche Unterschrift des/r Antragstellers/in