

Zuwendungsempfängerin/Zuwendungsempfänger

Ort, Datum

Niedersächsische Landesagentur Generationendialog in der  
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für  
Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover

### Mittelabruf

Maßnahme

Durch den nachstehenden Zuwendungsbescheid wurde mir für die o.g. Maßnahme eine  
Zuwendung bis zur Höhe von  € bewilligt.

Ich bitte um Auszahlung

des vollständigen Zuwendungsbetrages

eines Teilbetrages in Höhe von  €

Zu zahlen an (Kreditinstitut)

BLZ

Kto-Nr.

Gleichzeitig wird versichert, dass die angeforderten Mittel innerhalb von zwei Monaten  
anteilig mit den eigenen und sonstigen einzusetzenden Mitteln zur Leistung von dem  
Zweck entsprechend den Zahlungen verwendet werden.

Unterschrift