



**Anforderungsformular zum vierteljährlichen Abruf von Drittmitteln der Deutschen Krebshilfe/
Deutschen KinderKrebshilfe/Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung**

Mittelabrufplan vom:

Projektleiter: _____	Projektnummer: _____	Bearbeitungsnummer: _____
Bewilligung vom: _____	Förderdauer: _____	Abrufdauer: _____

Personalmittel:	Bewilligung	Abruf
Position 1	_____	_____
Position 2	_____	_____
Position 3	_____	_____
Position 4	_____	_____
Position 5	_____	_____
Position 6	_____	_____
Investitionsmittel:		
Position 1	_____	_____
Position 2	_____	_____
Position 3	_____	_____
Position 4	_____	_____
Position 5	_____	_____
Position 6	_____	_____
Mittel für Verbrauchsmaterialien:		
Position 1	_____	_____
Position 2	_____	_____
Position 3	_____	_____
Mittel zur Beschaffung und Haltung von Versuchstieren:		
Position 1	_____	_____
Position 2	_____	_____
Position 3	_____	_____

Mittelabrufplan – Fortsetzung

Reisemittel:	Bewilligung	Abruf
Position 1		
Position 2		
Position 3		
Mittel für Sonstiges:		
Position 1		
Position 2		
Position 3		
Pauschale Förderungsmittel:		
Position 1		

Wir bitten um die Überweisung des Betrages von:

Bankverbindung/Drittmittelkonto des Empfängers

Empfänger:

Konto.-Nr.: | | | | | | | | | |

BLZ: | | | | | | | |

Name und Ort des Geldinstituts:

Verwendungszweck:

Ort, Datum:

Unterschrift

Diese Felder bitte nicht ausfüllen

Vorstandsbeschluss:

abgerufene Mittel:

Bewilligungssumme:

Saldo:

Datenbankeintrag:

Freigabe
