

Erstattungsformular SIM

Empfänger:
Landschaftsverband Rheinland
Dezernat 8
-84.20-



Antragstellung durch:

SPZ SPKoM Suchtberatungsstelle

Anschrift:

Ansprechperson:

Erreichbarkeit:

Hiermit bitte ich um Erstattung der nachfolgend aufgeführten Kosten auf das unten genannte Konto:

Art der Kosten	Betrag in Euro
1. SIM-Einsätze	_____ €
2. Schulungen der SPZ-Mitarbeitenden	
2.1 Referierendenkosten (inkl. Übernachtungs- und Reisekosten)	_____ €
2.2 Raumkosten (max. 125 €/Tag)	_____ €
2.3 Bewirtungskosten (max. 125 €/Tag)	_____ €
<small>Hinweis: Kosten gemäß Punkte 2.2 und 2.3 sind nur nach vorheriger Absprache mit dem LVR erstattungsfähig. Kosten gemäß Punkt 2.2 nur erstattungsfähig, wenn Räumlichkeiten im SPZ nicht zur Verfügung stehen.</small>	
3. Öffentlichkeitsarbeit	
3.1 Layout von Informationsmaterialien	_____ €
3.2 Druck von Informationsmaterialien	_____ €
3.3 Übersetzung von Informationsmaterialien	_____ €
Gesamtbetrag abzurechnender Maßnahmen	===== €

Zeitraum 1. Quartal 2. Quartal 3. Quartal 4. Quartal
des Jahres

Bankverbindung

IBAN

Institut

Referenz

Erstattungsformular SIM

Anlagen

Dokumentationsbogen (nur bei SIM-Einsätzen)

Originalrechnungen

Weitere Anlagen:

Ort, Datum

Name, Unterschrift