

Name Hochschule
Anschrift
PLZ + Ort

Bezirksregierung Ort
Dezernat 24
PLZ + Ort

Datum

Nachweis über die summarische Verausgabung 2019 und 2020 der Zuwendungen zum Aufbau von Kooperationsbeziehungen in der Pflegeausbildung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Zuwendungsbescheid vom *Datum (Aktenzeichen)* haben Sie uns eine Zuwendung in Höhe von *Betrag* EUR gewährt.

Verausgabung 2019:

Förderbereich 4:

Maßnahme:	Personalausgaben in EURO
Gesamtausgaben:	

Verausgabung 2020:

Förderbereich 4:

Maßnahme:	Personalausgaben in EURO
Gesamtausgaben:	

Ich/Wir bestätige(n), dass die Angaben in dieser Übersicht vollständig und richtig sind.

Ort, Datum Unterschrift(en)