**Antrag auf Zuwendungen der Deutschen Rentenversicherung Bund nach**

**§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI (Suchtrichtlinien) für das Jahr 2020**

**- Standardisierte Schulungen -**

**Bundesland: Mecklenburg-Vorpommern**

**Veranstalter:**

**Bankverbindung:**

 Kontoinhaber: Kreditinstitut:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

IBAN(\*):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thema der Schulung** | **Anzahl der Teilnehmer** | **Anzahl der Teilnehmer-tage** | **Summe der Teilnehmer-tage** | **Eigenmittel\*** | **sonstige Mittel** | **TN-Beiträge** | **beantragte Mittel** | **Gesamtsumme** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**Die Förderung beträgt 15,30 € pro Teilnehmer und Tag**

**Bitte beachten:** Kurze Beschreibung der Schulung beifügen!

Hiermit bestätigt der Veranstalter, dass es sich bei den Teilnehmern/-innen um Suchtkranke aus der Selbsthilfe handelt

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Name Gruppenleiter/-in (Druckschrift) Unterschrift - Gruppenleiter/-in od. Vertreter/-in

, den

, den

, den

, den