

Abrechnung für Teilnehmer/innen - für Maßnahmen an Landesleistungszentren / -stützpunkten

Veranstalter/Disziplin: _____

Abrechnung des LLZ:

Abrechnung des LStP: _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

(Ort des LLZ / LStP)

Abrechnungszeitraum: -

bitte Nr. der Kalenderwochen (KW) angeben

lfd. Nr.	Name Vorname	Wohnort Verein	Kader	Jahrgang	KW ____					KW ____					KW ____					KW ____					Fahrtkosten		Unterschrift				
					Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo		Di	Mi	Do	Fr
																													Übertrag:		
11.																															
12.																															
13.																															
14.																															
15.																															
16.																															
17.																															
18.																															
19.																															
20.																															
X = Teilnahme																									Zwischensumme / Gesamtbetrag:			€			

Die Beachtung der LSB-Richtlinien wird hiermit bestätigt.

Abrechnung für Teilnehmer/innen - für Maßnahmen an Landesleistungszentren / -stützpunkten

Veranstalter/Disziplin: _____

Abrechnung des LLZ:

Abrechnung des LStP: _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

(Ort des LLZ / LStP)

Abrechnungszeitraum: -

bitte Nr. der Kalenderwochen (KW) angeben

lfd. Nr.	Name Vorname	Wohnort Verein	Kader	Jahrgang	KW ____					KW ____					KW ____					KW ____					Fahrtkosten		Unterschrift				
					Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo		Di	Mi	Do	Fr
																													Übertrag:		
21.																															
22.																															
23.																															
24.																															
25.																															
26.																															
27.																															
28.																															
29.																															
30.																															
X = Teilnahme																									Zwischensumme / Gesamtbetrag:		€				

Die Beachtung der LSB-Richtlinien wird hiermit bestätigt.

Ort:	Datum:	Unterschrift des/der Verantwortlichen der Maßnahme	Unterschrift des Landesfachverbandes
------	--------	--	--------------------------------------

Abrechnung für Teilnehmer/innen - für Maßnahmen an Landesleistungszentren / -stützpunkten

Veranstalter/Disziplin: _____

Abrechnung des LLZ:

Abrechnung des LStP: _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

(Ort des LLZ / LStP)

Abrechnungszeitraum: -

bitte Nr. der Kalenderwochen (KW) angeben

lfd. Nr.	Name Vorname	Wohnort Verein	Kader	Jahrgang	KW ____					KW ____					KW ____					KW ____					Fahrtkosten		Unterschrift				
					Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo		Di	Mi	Do	Fr
																													Übertrag:		
31.																															
32.																															
33.																															
34.																															
35.																															
36.																															
37.																															
38.																															
39.																															
40.																															
X = Teilnahme					Zwischensumme / Gesamtbetrag:																					€					

Die Beachtung der LSB-Richtlinien wird hiermit bestätigt.

Ort:	Datum:	Unterschrift des/der Verantwortlichen der Maßnahme	Unterschrift des Landesfachverbandes
------	--------	--	--------------------------------------