

Gesundheitsamt Bremen

-23- Kommunale Selbsthilfeförderung
Horner Straße 60 – 70
28203 Bremen

Zuwendungsempfänger/in

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Zuwendungsbescheid/e des Gesundheitsamtes vom:

Datum _____ Aktenzeichen _____

1. Zugangsbestätigung und Rechtsmittelverzicht

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass ich/wir den genannten Zuwendungsbescheid des Gesundheitsamtes Bremen und die Rechtsbehelfsbelehrung erhalten habe/n. Auf einen Widerspruch gegen diesen Bescheid wird verzichtet.

2. Mittelabruf

Unter Beachtung und Einhaltung der Bestimmungen über die Mittelanforderung (siehe Ziffer 1.4. ANBestP oder Ziffer 1.5. ANBest!) habe/n ich/wir einen derzeitigen Mittelbedarf in Höhe von:

Euro _____ Ich/wir bitte/n um Überweisung auf das Konto:

IBAN _____

BIC _____

bei _____

Kontoinhaber/in _____

Ich/wir haben/n zurzeit noch keinen Mittelbedarf, so dass ich/wir den Abruf später vornehmen werde/n.

3. Datenschutz/Kontrollen

Ich bin//wir sind damit einverstanden, dass

- die Angaben, im und zum Antrag zur Antragsbearbeitung, in einer Zuwendungsdatenbank sowie zu statistischen Zwecken gespeichert werden können.
- die Einhaltung der Verpflichtungen sowie die Angaben des Antrages auch an Ort und Stelle überprüft werden können.
- meine/unsere Daten (z. B. Namen, Bezeichnung des Vorhabens, Höhe der Zuweisung, Höhe der Eigeneinnahmen, Höhe der Zuwendung Dritter usw.) im jährlich durch die Senatorin für Finanzen zu erstellenden und nach dem Informationsfreiheitsgesetz zu veröffentlichenden Zuwendungsbericht aufgenommen und veröffentlicht werden.

Datum

Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift Zuwendungsempfänger/in