

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

Veranstalter/Disziplin: _____ Trainer/in: _____

☐ Abrechnung des Landesleistungszentrums: _____
☐ Abrechnung des Landesstützpunktes: _____ Trainer/in: _____
(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 ____					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	Sa		So	Km/ DB	€ bzw. Mit- fahrer bei Nr.			
1.																																						
2.																																						
3.																																						
4.																																						
5.																																						
6.																																						
7.																																						
8.																																						
9.																																						
10.																																						
X = Teilnahme					Zwischensumme /																																€	
					Gesamtbetrag:																																	

Die Beachtung der LSB-Richtlinien wird hiermit bestätigt.

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

LandesSportBund Niedersachsen e.V. F_Leispo2_Abrechnung_TN_LLZ_u_LStP 2012ff

Blatt 2

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	Sa	So	Km/ DB	€ bzw. Mit- fahrer bei Nr.			
																														Übertrag:							
11.																																					
12.																																					
13.																																					
14.																																					
15.																																					
16.																																					
17.																																					
18.																																					
19.																																					
20.																																					
			X = Teilnahme				Zwischensumme / Gesamtbetrag:																										€				

Die Beachtung der LSB-Richtlinien wird hiermit bestätigt.

Ort:

Datum:

Unterschrift des/der Verantwortlichen der Maßnahme

Unterschrift des Landesfachverbandes

Blatt 3

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	Sa	So	Km/ DB	€ bzw. Mit- fahrer bei Nr.				
																														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
------	--------	--	--------------------------------------

Blatt 4

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	Sa	So	Km/ DB	€ bzw. Mit- fahrer bei Nr.				
																														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
------	--------	--	--------------------------------------