

# 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

Ifd. Nr.	Name		Kader	Jahrgang	KW ____					KW ____					KW ____					KW ____					Fahrtkosten		Unterschrift										
	Vorname				Wohnort		Verein																														
									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
1.																																					
2.																																					
3.																																					
4.																																					
5.																																					
6.																																					
7.																																					
8.																																					
9.																																					
10.																																					
<b>X = Teilnahme</b>																									<b>Zwischensumme / Gesamtbetrag:</b>			<b>€</b>									

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

Ifd. 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.																															
<b>X = Teilnahme</b>																									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

LandesSportBund Niedersachsen e.V. F\_Leispo2\_Abrechnung\_TN\_LLZ\_u\_LStP\_2012ff

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.																															
<b>X = Teilnahme</b>																									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

Ifd. 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
																											Übertrag:		
31.																													
32.																													
33.																													
34.																													
35.																													
36.																													
37.																													
38.																													
39.																													
40.																													
<b>X = Teilnahme</b>																									Zwischensumme / Gesamtbetrag:		€		

Die Beachtung der LSB-Richtlinien wird hiermit bestätigt.

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