

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

- Leistungsförderung (kadergebunden)

Veranstalter/Disziplin: Niedersächsischer Volleyball-Verband

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
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
------	--------	--	--------------------------------------

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

- Leistungsförderung (kadergebunden)

Veranstalter/Disziplin: Niedersächsischer Volleyball-Verband

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
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

- Leistungsförderung (kadergebunden)

Veranstalter/Disziplin: Niedersächsischer Volleyball-Verband

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
31.																															
32.																															
33.																															
34.																															
35.																															
36.																															
37.																															
38.																															
39.																															
40.																															
X = Teilnahme																									Gesamtbetrag:		€				

Die Beachtung der LSB-Richtlinien wird hiermit bestätigt.

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