

Zuwendungsempfänger/Träger

.....
.....
.....

Datum:

Telefon:

Landratsamt IIm-Kreis
Sozialamt
Ritterstraße 14
99310 Arnstadt

Erklärung zum Zuwendungsbescheid (Bitte innerhalb eines Monats nach Erhalt des Zuwendungsbescheides zurückge- ben)

1. Der Zuwendungsbescheid des Landratsamtes IIm-Kreis, Sozialamt,

AZ.: vom:

Zuschuss für

ist hier am eingegangen.

2. Hiermit wird ausdrücklich das Einverständnis mit dem Inhalt des vorgenannten Zuwendungsbescheides erklärt. Auf die Einlegung von Rechtsbehelfen gegen den Bescheid wird verzichtet.

(wenn nicht zutreffend: bitte streichen)

.....
Rechtsverbindliche Unterschrift