

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

- Leistungsförderung (kadergebunden)

Veranstalter/Disziplin:

Nordwestdeutscher Volleyball-Verband Trainer/in: _____

Abrechnung des Landesleistungszentrums:

Abrechnung des Landesstützpunktes:

Trainer/in: _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

(Anschrift 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	Sa	So	Km/DB	€ bzw. Mitfahrer 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 _____

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

- Leistungsförderung (kadergebunden)

Veranstalter/Disziplin: Nordwestdeutscher Volleyball-Verband

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.																															
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: Nordwestdeutscher 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
																													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
------	--------	--	--------------------------------------

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

- Leistungsförderung (kadergebunden)

Veranstalter/Disziplin: Nordwestdeutscher 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
																													Übertrag:		
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
------	--------	--	--------------------------------------