

Förderantrag an die Stiftung Gesundheitsservice

Projekttitel:			
Name des Antragstellers			
rtaine dee / initiagetenere			
Rechtsform des Antragstellers			
Adresse			
Telefonnummer		Fax	
E-Mail		Internet	
Livian		internet	
Ansprechpartner		Funktion	
Adresse des Ansprechpartners	s, falls von obige	er Adresse abwe	eichend
Telefonnummer (falls abw.)	Fax (falls abw.)	E-Mail (falls abw.)
Bankverbindung des Antragste	ellers		
Kontonummer	BLZ		Konto lautet auf(Name)
Gemeinnützigkeit? Ja	Nein		_
			ation bitte Auszug aus Vereins- sregister o.ä. beifügen.)
Kaara Daashaallaan ahaa l	Dun in late	oder Hander	siegister o.a. benugen.)
Kurze Beschreibung des I (Bitte unbedingt ausfüllen; Sie kö		ine längere Projek	ktbeschreibung als Anlage beifügen.



Projektlaufzeit		Ort			
7: 1 (0)					
Zielgruppe (Alter und deren Ansprache)					
Umfang dan Draigkta (gaf. gasabätzta Anzahl dar Tailnahmar)					
Umfang des Projekts (ggf. geschätzte Anzahl der Teilnehmer)					
Überblick des Finanzierun	asnlans.				
• Einnahmen: z. B. Eigenn		rderer			
Ausgaben: z. B. Persona					
Positionen:	Einnahmen (in	Euro):	Ausgaben (in Euro):		
Andere Förderer (Name der	beantragt, zuge	esart	Betrag (in Euro)		
Institution)	beantiagt, zugi	-say ı	Bellag (III Eulo)		
,					
Summe					
Summe					
0					
Sonstiges Anlagen sind beigefügt? Ja Nein					
Alliagen sind beigelügt: Ja Nein					
Wie wurden Sie auf die Stiftung Gesundheitsservice aufmerksam?					



Zusicherung des Antragsstellers

- 1. Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Alle relevanten Änderungen des Projekts und insbesondere seiner Finanzierung werde ich unverzüglich der Stiftung Gesundheitsservice mitteilen.
- 2. Mir ist bekannt, dass ein rechtlicher Anspruch auf eine Förderung durch die Stiftung Gesundheitsservice nicht besteht.
- 3. Mit der Unterzeichnung dieses Antrags erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Stiftung Gesundheitsservice meine Daten speichert und an Dritte weitergeben kann, soweit dies für die geplante Förderung des Projekts notwendig ist. Ich bin insbesondere einverstanden,
 - dass die Stiftung Gesundheitsservice meine Angaben zur internen Dokumentation und Verwaltung speichert.
 - dass die Stiftung die Öffentlichkeit über die Förderung informiert, sofern diese bewilligt wird.

Ort, Datum	Unterschrift