



Bildungszentrum Landkreis Wolfenbüttel – Harzstraße 2-5 – 38300 Wolfenbüttel – Tel.: 05331/84 –107 Fax: 05331/84-109

| Projektnummer (wird von Fachabteilung ausgefüllt): | | | | für 20 |
|---|-------------|----|----------------------------------|-----------------------|
| ANTRAGSART unter 500 € | | | | |
| | | | Förderungssumme: | |
| □Projektförderung | | | ☐ Kontinuierliche Kleinförderung | |
| ANTRAGSSTELLER/IN Name, Vorname (Name der Einrichtung/ Organisation) | | | Projektverantwortliche/r* | |
| Straße, Hausnr. | | | ggf. Website* | |
| Postleitzahl, Ort | | | IBAN: | |
| E-Mail-Adresse | | | BIC: | |
| Telefon | | | ggf. abweichende Anschrift* | |
| DATEN Projekttitel* | | | Förderungszeitraum (von/bis) | |
| KURZBESCHREIBUNG Ggf. Rückseite oder Anhang | | | | |
| | | | | |
| FINANZIERUNG | | | | |
| Eigenmittel | Drittmittel | Ge | esamtkosten | Antragssumme |
| Bemerkungen:* | | | | |
| | | | | |
| | | | | Datum, Unterschri |

^{*} Kein Pflichtfeld