



Deutsche Rentenversicherung  
Mitteldeutschland  
Koordination Reha-Einrichtungen und  
Sozialmedizin  
Team Zuwendungen und Forschung/  
Qualitätssicherung/Reha-Analysen  
Frau Behrendt/ Frau Schmelzer  
Paracelsusstraße 21  
06114 Halle

## Verwendungsnachweis über die pauschale Förderung der Sucht-Selbsthilfegruppen für das Jahr 20

1. Zuwendungsempfänger	
Adresse des Trägers	
Name und Adresse der zu fördernden Selbsthilfegruppe	
2. Nachweis	
<b>2.1. Einnahmen:</b>	
gesamt:	
<b>2.2. Ausgaben:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Portokosten</li><li>• Telefonkosten</li><li>• Fahrtkosten</li><li>• Büromaterial</li><li>• Literatur</li><li>• Informationsmaterial</li><li>• Honorarkosten</li><li>• Sonstiges</li></ul>	
gesamt:	

Hiermit bestätige ich, dass die Gruppe die gewährte Zuwendung in Höhe von

\_\_\_\_\_ **EUR**

antragsgemäß verwendet hat.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift – Gruppenleiter/in oder Vertreter/-in