

Absender / Anschrift

Ort, Datum

Kreis Unna  
 FB Gesundheit und Verbraucherschutz  
 Platanenallee 16

59425 Unna

**Zuschuss für die Suchtkrankenbetreuung**

Anzahl der Mitglieder: \_\_\_\_\_

Anzahl der Gruppen: \_\_\_\_\_ Anzahl der Personen in den Gruppen: \_\_\_\_\_

o

**Verwendungsnachweis Rechnungsjahr 201\_\_**

Bankbestand 1. Januar 201\_\_ \_\_\_\_\_

Kassenbestand 1. Januar 201\_\_ \_\_\_\_\_

**Einnahmen**

Zuschuss Kreis Unna \_\_\_\_\_

Zuschuss \_\_\_\_\_

Zuschuss \_\_\_\_\_

Mitgliedsbeiträge \_\_\_\_\_

Spenden \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Einnahmen insgesamt:** \_\_\_\_\_

**Ausgaben:**

Miete \_\_\_\_\_

Telefonkosten \_\_\_\_\_

Porto \_\_\_\_\_

Versicherungen \_\_\_\_\_

Fahrtkosten – Einweisungen \_\_\_\_\_

Fahrtkosten – Klinikbetreuungen \_\_\_\_\_

Fahrtkosten – Hausbesuche, Behörden \_\_\_\_\_

Gruppenveranstaltungen \_\_\_\_\_

Zuschüsse für Schulungen, Referentenhonorare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ausgaben insgesamt:** \_\_\_\_\_

**Bankbestand** am 31. Dezember 201\_\_ \_\_\_\_\_

**Kassenbestand** am 31. Dezember 201\_\_ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift