ABRECHNUNGSFORMULAR TOUCHPOINT

|  |  |
| --- | --- |
| PROJEKTVERANTWORTLICHE\*R |  |
| ANSCHRIFT |  |
| TOUCHPOINT NAME |  |
| TATSÄCHLICHE GESAMTKOSTEN |  |
| **AUSZUBEZAHLENDER BETRAG** |  |
| RÜCKGABE GELIEHENER ITEMS? |  JA / NEIN |
| EVALUATIONSBOGEN AUSGEFÜLLT? |  JA / NEIN  |
| ALLE RECHNUNGEN IM ORIGINAL BEIGELEGT? |  JA / NEIN  |

KONTODATEN ZUR RÜCKERSTATTUNG:

**NAME:**

**IBAN:**

**BIC:**

HIERMIT BESTÄTIGE ICH DIE RICHTIGKEIT MEINER ANGABEN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Zusendung des unterschriebenen Formulars an

Fachreferentin für Zukunftsprojekte, Sarah Lau, Sarah.Lau@dibk.at