

Abso	ender	Eingangsstempel					
Med Pos	desförderinstitut cklenburg-Vorpommern tfach 16 02 55 92 Schwerin	Aktenzeichen					
i	hrliche Erklärung zur Einhalt	_		_	st		
Formular bitte vollständig ausfüllen!		Bei bitte Zutreffendes ankreuzen!					
1.	Zuwendungsempfänger						
1.1	1.1 Name des Zuwendungsempfängers						
1.2	2 Projekt/Bezeichnung						
1.3	3 Zuwendungsbescheid vom 1.4 Er	nde Bewilligungszeit	traum	1.5 End	e Zweckbind	eingefris	ــــا t
des	Zuwendungsempfänger bestätigt, dass die geförderten Projektes bzw. der geförderten - erfüllt wird.						
In d	iesem Zusammenhang wird bestätigt, dass	s das geförderte Pro	jekt				
_						Ja Ne □ □	in 7
_	sich nach wie vor im Eigentum des Zuwendungsempfängers befindet.					<u>-</u>	
	während der Zweckbindungsfrist weder ganz oder teilweise außer Betrieb genommen werden darf, ganz oder teilweise auf andere übertragen werden darf und ganz oder teilweise nach außerhalb des Landes Mecklenburg-Vorpommern verlegt werden darf. Dieser Sachverhalt ist bekannt und wird eingehalten.]
	den Fall einer Beantwortung mit "Nein" wir age gebeten.	rd um konkrete Erlä	uterung zu	um Sachvei	rhalt in einei	r separat	:en

Dem Zuwendungsempfänger ist bekannt, dass die in diesem Formular getätigten Angaben subventions-

erheblich im Sinne des § 264 StGB sind.	, and the second	5
Ort, Datum		
rechtsverbindliche Unterschrift/en		Stempel Zuwendungsempfänger