

Ansprechpartner: Frau Zietz  
 Tel: 03671/ 598 382  
 Fax: 03671/ 598 185

### Kosten-/Finanzierungsplan

Antragsteller:

---

Ansprechpartner:

---

Mitglieder-/Teilnehmerzahl gesamt: \_\_\_\_\_

davon Saalfelder Bürger: \_\_\_\_\_

Einnahmen		Ausgaben (bitte genaue Kostenart angeben)	
Eintrittsgelder/Teilnehmer-gebühren:	€	Kostenart:	€
Eigenleistungen/-mittel:	€		€
Zuwendungen:	€		€
Beantragte Mittel Dritter:			€
bei _____	_____ €		€
bei _____	_____ €		€
bei _____	_____ €		€
Leistungen Dritter (Spenden, Sponsoren, etc.):	_____ €		€
	_____ €		€
Sonstiges:	€		€
<b>Summe Einnahmen:</b>	<b>€</b>	<b>Summe Ausgaben:</b>	<b>€</b>
<b>Fehlbetrag Ausgaben/Einnahmen:</b>	<b>€</b>		
<b>Beantragte Zuwendung:</b>	<b>€</b>		

Datum und Unterschrift