

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bankverbindung: \_\_\_\_\_  
BLZ: \_\_\_\_\_  
KtoNr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Bitte zurücksenden an

**Ministerium für Gesundheit und  
Verbraucherschutz  
Referat A 1  
Ursulinenstraße 8-16**

**66111 Saarbrücken**

Zuwendungsbescheid vom \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_, Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Den o. a. Zuwendungsbescheid habe ich am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_ erhalten.

Für den Zuwendungsempfänger erkläre ich rechtsverbindlich:

1. Ich verzichte auf die Einlegung eines Rechtsbehelfes.
2. Ich erkläre, dass mit der o. a. Zuwendung die Gesamtfinanzierung des Projektes gesichert ist.
3. Es ist bekannt, dass die genehmigte Zuwendungshöhe anteilig oder in voller Höhe zu mindern ist, sofern sich die im genehmigten Finanzplan veranschlagten Gesamtausgaben verringern und/oder sich die Deckungsmittel erhöhen.
4. Ich bestätige, dass aus der o. a. Zuwendung keine Lohn- bzw. Gehaltszahlungen erfolgen, die die tarifvertraglichen Vereinbarungen des Landes übersteigen (sog. Besserstellungsverbot gegenüber vergleichbaren Landesbediensteten).
5. Es ist bekannt, dass die Zuwendung zu erstatten ist, wenn diese durch unrichtige oder unvollständige Angaben erwirkt worden ist.

Aus der o.a. Zuwendung wird eine Abschlagszahlung in Höhe von

\_\_\_\_\_ € / Euro benötigt (höchstens für 2 Monate im Voraus).

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift  
des Zuwendungsempfängers/  
der Zuwendungsempfängerin