**Arbeitsgemeinschaft Landschaftspflege im Kreis Wesel**

**Nachweis der Kosten – Maßnahmenjahr ............................** (Okt. Vorjahr bis Sept. lfd. Jahr)

**Antrag stellender AGLW-Mitglieds-Verein:** ..............................................................................................................

ggf. zusätzlich: Untergliederung /Ortsgruppe / Revier etc.............................................................................................................................................................

**Abgabe an die Biologische Station bis einen Monat nach Ende des Maßnahmenjahres, zum 31.Oktober!**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lfd.**  **Nr.**  (wie in  der Anmel-dung) | **Bezeichnung**  der durchgeführten Maßnahme  (wie in der Anmeldung) | **Lage** (anzugeben nur bei Abweichungen gegenüber der Anmeldung) | **Tatsächlicher Umfang** (z. B. Anzahl der Gehölze oder Quadratmeter / Lfd. Meter bei Anpflanzungen oder Pflege; Wenn nicht pauschal enthalten: Anzahl Stunden Handarbeit / Maschinen-Einsatz; Anzahl gefahrener km) | **Angefallene Kosten in €**  Tatsächliche Kosten  Zuschüsse Dritter  Restliche Kosten | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Verantwortlicher Ansprechpartner mit Telefon-Nr. u./o. Email-Adresse:

**…................................................................................................................................................................................................ …....................................................................................................**

Datum, Unterschrift