

# Ausgabe



## Zahlungsempfänger/in

(Vorname, Name, etc.:) <small>(Bitte leserlich in Blockschrift ausfüllen!)</small>	Konto-Nr.: <small>(oder IBAN)</small>
	BLZ: <small>(oder BIC)</small>

## Zahlungsgrund

(Erklärung, was die Ausgabe ist oder wozu diese Ausgabe notwendig war. Nach dieser Angabe wird festgelegt, auf welchem Posten im Finanzplan der Betrag zu buchen ist)

(Bitte ankreuzen:)

Genehmigt durch Beschluss \_\_\_\_\_ (Beschlussnummer!) des Kreisvorstands

Genehmigt durch Beschluss des Ortsverbands (Kopie des Protokolls ist angeheftet!)

## Betrag

(Wie hoch ist der Gesamtbetrag, der ausgezahlt werden soll:)

**(Bitte leserlich in ZIFFERN ausfüllen!)**

(vom Kreisschatzmeister auszufüllen:)

Datum:	Girokonto:	Barkasse:	Sparbuch:	
Konto:	BelegNr:	KontoauszugNr:	Beleglos:	Sammelzahlung:

## DIE LINKE

Kreisverband Soest  
Ulricherstr. 39  
59494 Soest  
Tel: 02921 / 67 10 633  
Fax: 02921 / 67 10 631