Anschrift Zuwendungsempfänger

An die
Bezirksregierung
48128 Münster

Mittelabruf

Ident-Nr. der Maßnahme: .....

Name der Maßnahme: .....

.....

Kassenzeichen: .....

Höhe der erforderlichen Zahlung: ..... Euro

....

Ort, Datum Unterschrift und Stempel/Siegel

Bestätigung

gemäß § 11 Absatz 2 Investitionsförderungsgesetz NRW

1.	Die Maßnahme entspricht den Voraussetzungen des § 3 Absatz 1 Nummer 1 oder 2 ZuInvG.	☐ bestätigt
2.	Die Zusätzlichkeit der Maßnahme nach § 3a ZuInvG und § 4 Absatz 1 Satz 4 VV ZuInvG liegt vor.	☐ bestätigt
3.	Eine Doppelförderung gemäß § 4 Absatz 1 und 2 ZuInvG liegt nicht vor.	☐ bestätigt
4.	Die Nachhaltigkeit der Maßnahme gemäß § 4 Absatz 3 ZuInvG liegt vor.	☐ bestätigt
5.	Die Voraussetzungen des § 5 ZuInvG werden erfüllt.	☐ bestätigt
6.	Die abgerufenen Mittel werden zur anteiligen Begleichung erforderlicher Zahlungen benötigt (§ 6 Absatz 2 Satz 2 ZuInvG).	☐ bestätigt
7.	**Alle übrigen Bestimmungen aus dem Zuwendungsbescheid wurden eingehalten.**	☐ bestätigt

....

Ort, Datum Unterschrift Hauptverwaltungsbeamt/in/er oder Vertretung im Amt und Stempel/Siegel