

# Forderungsnachweis

## Kostenerstattung bei Teilnahme an einer externen Maßnahme

Karrierecenter der Bundeswehr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-Berufsförderungsdienst-

**Nur vom BFD auszufüllen**  
Eingangsvermerk

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| Nachname, Vorname | Einheit, Standort |
|-------------------|-------------------|

|                      |                                  |
|----------------------|----------------------------------|
| Telefon (dienstlich) | Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort |
|----------------------|----------------------------------|

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| Personenkennziffer | Personalnummer |
|--------------------|----------------|

Bezeichnung der Maßnahme

---

Ich beantrage die Erstattung der mir für die genannte externe Maßnahme bewilligten Förderungsleistungen.

Bearb.-Nr. des Bewilligungsbescheides

---

| Nr.          | Bewilligte Förderungsleistungen | Bewilligter Betrag |           | Betrag laut Rechnung |      | Erstattungsfähig hiervon im Rahmen der Bewilligung |                      |
|--------------|---------------------------------|--------------------|-----------|----------------------|------|--|----------------------|
|              |                                 | Euro               | Beleg-Nr. | Euro                 | Euro | Vermerke   |                      |
| 1            |                                 |                    |           |                      |      |  |                      |
| 2            |                                 |                    |           |                      |      |  |                      |
| 3            |                                 |                    |           |                      |      |  |                      |
| 4            |                                 |                    |           |                      |      |  |                      |
| 5            |                                 |                    |           |                      |      |  |                      |
| 6            |                                 |                    |           |                      |      |  |                      |
| 7            |                                 |                    |           |                      |      |  |                      |
| 8            |                                 |                    |           |                      |      |  |                      |
| 9            |                                 |                    |           |                      |      |  |                      |
| <b>Summe</b> |                                 |                    |           |                      |      |  |                      |
|              |                                 |                    |           |                      |      | <b>Sachlich und rechnerisch richtig</b>            |                      |
|              |                                 |                    |           |                      |      | Datum  | Unterschrift des BFD |

## Ich bitte um Überweisung der erstattungsfähigen Kosten

IBAN

BIC

Geldinstitut, Ort

Bemerkungen

**Bitte zur Erstattung einen aktuellen, vom  
Bildungsträger unterschriebenen  
Teilnahmenachweis beifügen oder alternativ  
das Formular Bw-2633 verwenden**

Datum

Unterschrift der antragstellenden Person