|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben.……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |
|  | | | |
|  |  |  |  |

Ab sofort sind die nachfolgend benannten Personen für die Kassenführung zuständig. Zahlungen aus der Hauptkasse erfolgen ausschließlich an diese Personen:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Betrieb | | tauspassage | | Kostenstelle | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
|  | | | | | | | | |
| **Nr. 1** | | | | | | | | |
| Name | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Vorname | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Telefon | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Mobil | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Email | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Fax | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Unterschriftenprobe | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Kürzel | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Kasseneinweisung\* erfolgte am | | | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | | Unterschrift | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kassenzuständigkeit\*\* befristet bis | | | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | | Unterschrift | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kassenzuständigkeit\*\*\* widerrufen am | | | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | | Unterschrift | | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | | | | | | | | |
| **Nr. 2** | | | | | | | | |
| Name | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Vorname | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Telefon | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Mobil | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Email | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Fax | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Unterschriftenprobe | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Kürzel | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Kasseneinweisung\* erfolgte am | | | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | | Unterschrift | | |  |
| Kassenzuständigkeit\*\* befristet bis | | |  | | Unterschrift | | |  |
| Kassenzuständigkeit\*\*\* widerrufen am | | |  | | Unterschrift | | |  |
|  | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Hinweise** |  | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | \* | Bei erstmaliger Kassenzuständigkeit muss die betreffende Person eine Kasseneinweisung durch die FiBu erhalten. Hierfür ist von der Projektleitung unverzüglich ein Termin abzustimmen. | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | \*\* | Bis zu diesem Datum ist die Kassenzuständigkeit gültig, wenn sie nicht bereits widerrufen wurde. Die Verlängerung der Kassenzuständigkeit ist nur über Neuausstellung des Formulars „Kassenzuständigkeit“ möglich. Die Gültigkeit ist längstens bis zum Vertragsende der Person zu befristen. | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | \*\*\* | Bei vorzeitigem Ende oder Änderung der Kassenzuständigkeit ist die Fibu sofort zu informieren und anschließend der Widerruf schriftlich zu bestätigen und ggf. eine neue Person zu benennen. | | | | | | | | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | |
| Datum |  | Unterschrift Projekt/Betriebsleitung | | | | |  | |

Kopie in Betrieb  Original an FiBu