Antrag auf Reisekostenrückerstattung

GKJR
Gesellschaft für Kinder- und Jugend-rheumatologie

Herrn Dr. Ulrich Neudorf
Schatzmeister der GKJR
Universitätsklinik Essen
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Hufelandstr. 55
45122 Essen

Fon: 0201 /723-3351 -33
Fax: 0201 /723-5983
Email: ulrich.neudorf@uk-essen.de

Name, Vorname: .....

Beschäftigungsstelle, Dienstort: .....

IBAN: |__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

BIC: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Grund der Dienstreise: .....

Reisedatum, Reiseziel: .....

Beförderungsmittel (Zutreffendes bitte ankreuzen):

❑ Flugzeug ❑ Bahn/Bus ❑ Taxi ❑ eigenes KFZ

Bei Fahrten im eigenen KFZ unbedingt ausfüllen, mit genauer Anschrift von Abfahrt- und Zielort:

HINREISE mit eigenem PKW	RÜCKREISE mit eigenem PKW
Abfahrtsort:	Abfahrtsort: .....
Zielort:	Zielort: .....
Gefahrene km pro Strecke:	Gefahrene km pro Strecke: .....

Entstandene Kosten

Flugkosten:	..... €
Zuschläge:	..... €
Bahn/Bus-Kosten:	..... €
KFZ-Wegstreckenentschädigung 0,20 € x _____km =	..... €
Übernachtung:	..... €
Sonstige Kosten (bitte erläutern* und belegen):	..... €
Summe des zu erstattenden Gesamtbetrages:	..... €

* Erläuterungen:.....

Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit vorstehender Angaben

....
Datum Unterschrift

Bitte unbedingt die **ORIGINALBELEGE** beifügen!

Stand: 01/16