

Antrag auf Reisekostenrückerstattung



Frau Dr. Kirsten Mönkemöller
 Schatzmeister der GKJR
 Kliniken der Stadt Köln gGmbH
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Amsterdamer Straße 59
 50735 Köln

Fon: 0221/8907-15053
 Fax: 0221/8907-5330

Email: moenkemoellerk@kliniken-koeln.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