

Antrag auf Reisekostenrückerstattung



Herrn PD Dr. Daniel Windschall
Schatzmeister der GKJR
St. Josef-Stift Sendenhorst
Abt. Kinder- und Jugendrheumatologie
Westtor 7
48324 Sendenhorst

Fon: 0221/8907-15053
Fax: 0221/8907-5330
Email: windschall@st-josef-stift.de

Name, Vorname:

Beschäftigungsstelle, Dienort:

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: 09/26