



VERBAND LEITENDER KINDER- UND
JUGENDÄRZTE UND KINDERCHIRURGEN
DEUTSCHLANDS

REISEKOSTENABRECHNUNG

ABSENDER (GGF. STEMPEL):

Schatzmeister VLKKD
Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Seeliger
KJF Klinik Sankt Elisabeth
Müller-Gnadenegg-Weg 4
86633 Neuburg/Do.

Abfahrt vom Wohnort am _____ um _____ Uhr

Rückkehr am _____ um _____ Uhr

Reiseziel: _____

Reiseanlass: _____

1. Fahrtkosten

Fahrtkosten Bundesbahn / _____ Klasse € _____

Zuschläge (z.B. Intercity) € _____

Flugzeug € _____

Öffentliche Verkehrsmittel/Taxi € _____

Pkw _____ km x 0,30 € € _____

(Mitnahme pro Person 0,02 € je km)

2. Übernachtungsgeld/Hotelrechnung € _____

3. Barauslagen (siehe Anlagen) € _____

Gesamt: € _____

Überweisung soll erfolgen auf:

Bank: _____

BLZ: _____

Konto-Nr: _____

Datum _____

Unterschrift _____

Buchungskonto _____
Rechn. richtig _____
Überw./bar am _____

Reisekosten überprüft _____