



VERBAND LEITENDER KINDER- UND
JUGENDÄRZTE UND KINDERCHIRURGEN
DEUTSCHLANDS

REISEKOSTENABRECHNUNG

ABSENDER (GGF. STEMPEL):

Mühlenkreiskliniken
Prof. Dr. Erdlenbruch
Hans-Nolte-Str. 1
32429 Minden

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: _____

Datum _____

BIC: _____

IBAN _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | Unterschrift _____

Reisekosten überprüft _____

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