

Antrag auf Reisekostenrückerstattung (GKJR)

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

Eingangsstempel

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

Name, Vorname:	
Beschäftigungsstelle, Dienstort:	
.....	
IBAN: <input type="text"/>	BIC: <input type="text"/>

Grund der Dienstreise:	
.....	
Reisedatum, Reiseweg/-Ziel:	
.....	
Beförderungsmittel: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
Flugzeug <input type="checkbox"/>	Bahn/Bus <input type="checkbox"/>
Taxi <input type="checkbox"/>	Eigenes KFZ <input type="checkbox"/>
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
.....