ABSENDER:
VORNAME NACHNAME

STRASSE

PLZ ORT

BANKVERBINDUNG
IBAN:

BIC:

BANK:

FACHVEREINIGUNG
KRANKENHAUSTECHNIK e.V:
Hermann-Löns-Str. 31
73191 Weilerswist

REISEKOSTENABRECHNUNG

BITTE NUR **WEISSE FELDER** AUSFÜLLEN !

REISEANLASS

DATUM:

REISE VON
ÜBER
NACH

VERPFLEGUNGSKOSTEN

JEDER REISETAG IST GESONDERT ABZURECHNEN !

ZS Verpfl. - EUR

Abwesenheit von mind. 24 h = 24€ Pauschale; mind. 8h = 12€ Pauschale unter 8h = 0€

Gesamt steuerpfl. - EUR

Datum (tt.mm.jj)	abwesend von (hh:mm)	bis (hh:mm)	Beleg-Nr.: von-bis	Vermerke	Aufwand tagesgesamt	
						- EUR
						- EUR
						- EUR
						- EUR
						- EUR
unentgeltlich v.d. FKT erhaltene Verpflegung						

ÜBERNACHTUNGSKOSTEN

ZS Übern. - EUR

Datum von (tt.mm.jj)	bis (tt.mm.jj)		Beleg-Nr.:	Vermerke	Aufwand	tats. oder rechn. Frühstückskosten

FAHRTKOSTEN

ZS Fahrtk. - EUR

	gesamt - Km	Beleg-Nr.: von-bis	Vermerke	Aufwand
Pkw				- EUR
Bahn				
ÖPNV				
Taxi				
Flug				

sonstige NEBENKOSTEN

ZS Sonst. - EUR

Beschreibung	Beleg-Nr.: von-bis	Vermerke	Aufwand

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben
Ort,Datum:
Unterschrift:

GESAMTSUMME - EUR
Vorschuss ./.
AUS-/RÜCKZAHLUNG - EUR