Antrag auf Auslagenersatz Fahrtkosten Dienstgang

Name: **Klinik/ Abteilung:** **Kostenstelle/ PSP-Element:**

Kto.-Nr.: **BLZ:** **Bank:**

Lfd. Nr.	**Erläuterung des Dienstgeschäfts/ Angabe des Verkehrsmittels**	**Bei Nutzung priv. PKW Angabe gefahrene KM**	**Betrag** Euro	Cent

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Abgaben

Bonn, den …… …….

Unterschrift Antragssteller

Sachlich richtig

Bonn, den …… ……..

Unterschrift Vorgesetzter/Verfügungsberechtigter