

Zentrale Universitätsverwaltung
Abt. IV, Finanzbuchhaltung
Mönchebergstraße 19

Hauspost

Absender:

Zentrum für Lehrer:innenbildung
Dr. Marie Isabelle Vogel
Referentin Modellversuch Praxissemester
Nora-Platiel-Str. 1
34127 Kassel
Tel.: 0561 804-3032

E-Mail: modellversuch.praxissemester@uni-kassel.de

Abrechnung Reisekosten von Nichtbediensteten

Fachbereich/-gebiet	Ansprechpartner:in im Fachbereich/-gebiet		
ZLB Modellversuch Praxissemester			
Name	Vorname		
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer		
IBAN	BIC		
Name der Bank	Datum, Unterschrift Antragsteller:in		
Grund für die entstandenen Kosten (ggf. Einladung bzw. Programm u. Teilnehmerliste beifügen)			
Modellversuch Praxissemester, Datum der Veranstaltung: Titel der Veranstaltung: Klassenfahrt,			
Kostenerstattung (bitte die jeweiligen Kostennachweise beifügen)			
☒ Nachfolgend aufgeführte Kosten sollen erstattet werden: ☐ Fahrtkosten in Höhe von _____ € ☐ Wegstreckenentschädigung für km x 0,21 € = € ☐ Wegstreckenentschädigung für _____ km x 0,35 € = _____ € ☐ Übernachtungskosten in Höhe von _____ € ☐ Sonstige Kosten in Höhe von _____ €			
Kostenstelle/Projektnummer	Kostenstellenverantwortliche/r		
Modellversuch Praxissemester _____	Datum, Unterschrift		
rechnerisch-richtig:	sachlich-richtig:		
_____	_____		
Datum, Unterschrift	Datum, Unterschrift Veranstaltungsleiter:in		
Kred/SaKo	Betrag	UKZ	KoSt/Projekt
68503000			