

Zentrale Universitätsverwaltung
 Abt. IV, Finanzbuchhaltung
 Mönchebergstraße 19

Hauspost

Absender:

Zentrum für Lehrerbildung
 Dr. Marie Isabelle Vogel und Dr. Gunar Sonntag
 Referenten Modellversuch Praxissemester
 Nora-Platiel-Str. 1,
 34127 Kassel
 Tel.: 0561 804-2395
 E-Mail: modellversuch.praxissemester@uni-kassel.de

Abrechnung Reisekosten von Nichtbediensteten

Fachbereich/-gebiet		Ansprechpartner/in im Fachbereich/-gebiet	
ZLB/Referat SPS/ 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)			
<input checked="" type="checkbox"/> Nachfolgend aufgeführte Kosten sollen erstattet werden: <input type="checkbox"/> Fahrtkosten in Höhe von _____ € <input type="checkbox"/> Wegstreckenentschädigung für km x 0,21 € = € <input type="checkbox"/> Wegstreckenentschädigung für _____ km x 0,35 € = _____ € <input type="checkbox"/> Übernachtungskosten in Höhe von _____ € <input type="checkbox"/> 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			