
Ort, Datum

Name (Stempel)

Adresse

FAHRTKOSTENABRECHNUNG
für Vertragsärzte/innen und Helfer/innen

In der Zeit vom _____ bis _____

Mit eigenem Kraftfahrzeug _____ km à 0,30 € = _____ €
=====

Ich bitte um Überweisung des vorstehenden Betrages auf

Konto Nr. _____ BLZ _____

bei der _____ in _____

Unterschrift

Tag der Dienst- reise	Reisedauer von/bis	Reiseweg	Reisezweck	gefahrte notwendige km

km insgesamt: _____

Nicht vom/von Antragsteller/in auszufüllen

Vfg.

1. Auszahlungsanordnung über

_____ €

Hhst. _____

Sachlich und rechnerisch
richtig

2. z.d.A.

Stadthagen, _____

D.LR.

I.A.