

**Gemeinsames Förderprojekt des Institutes für Allgemeinmedizin der
Medizinischen Hochschule Hannover und der Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Niedersachsen "Blockpraktikum Allgemeinmedizin im
ländlichen Raum Niedersachsen"**



Antrag zur Kostenübernahme

Ich beantrage die Übernahme der nachfolgend aufgeführten Kosten des Blockpraktikums

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ *Ort* _____

E-Mail _____

Bankverbindung:

Name, Vorname des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name des Kreditinstituts: _____

in der hausärztlichen Praxis von:

Name der Praxis/Arzt _____

Straße _____

PLZ _____ *Ort* _____

in der Zeit vom: _____ *bis* _____

Ich habe folgende Verkehrsmittel benutzt:

Öffentliche Verkehrsmittel (2. Klasse):

Summe der beigefügten Fahrkarten in Euro: _____

PKW

Mit dem PKW zurückgelegte Kilometer (Hin- und Rückfahrt)

Datum	Kilometer	Datum	Kilometer

Summe Kilometer: _____

Mir sind folgende Übernachtungskosten entstanden:

Summe der beigefügten Belege in Euro: _____

Die Erstattung der nachgewiesenen Kosten erfolgt bis einer Höhe von 250,00€.

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Wird von der TK ausgefüllt:

PKW: Summe Kilometer x 0,30 € : _____

Summe öffentliche Verkehrsmittel: _____

Summe Übernachtungen: _____

Gesamtsumme: _____

Überweisungsbetrag: _____

sachl. rechn. gepr. NZ:

Konto:

Datum: