PDF-Formular senden an: lieferantenrechnung@tk.de

TK intern
Org-ID: #O50000476#
TK Kst: 852000
Kontierung: 71094200
Text: Fahrtkosten Förderprojekt

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: _____ x 0,30 € = _____

◯ Mir sind folgende Übernachtungskosten entstanden:

Summe der beigefügten Belege in Euro: _____

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

PKW: Summe Kilometer x 0,30 € : _____

Summe öffentliche Verkehrsmittel: _____

Summe Übernachtungen: _____

Gesamtsumme: _____

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers