



Kostenerstattung Probanden

Studenname:

Name:

BB:

Adresse:

IBAN:

Überweisungsbetrag in EUR:

Leistungsbeschreibung:

Datum:

Name:

BB:

Adresse:

IBAN:

Überweisungsbetrag in EUR:

Leistungsbeschreibung:

Datum:

Name:

BB:

Adresse:

IBAN:

Überweisungsbetrag in EUR:

Leistungsbeschreibung:

Datum:

Name:

BB:

Adresse:

IBAN:

Überweisungsbetrag in EUR:

Leistungsbeschreibung:

Datum:

Sachkonto:

KoSt./Projekt:

Steuer-Kz.:

Datum, sachlich und rechn.
richtig:

zur Zahlung angewiesen:

Department / Gruppe / Drittmittel:
Datum / Unterschrift Studienleiter: