Universitätsklinikum Bonn

Reisekostenabrechnung

| Name, Vorname / Dienstbezeichnung | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| Dienststelle / Klinik | | | | | | |
| Wohnort (PLZ, Ort, Straße) | | | | | | |
| | Lucy DOD EL COV. | | | | | |
| Entfernung: Dienststelle & Wohnort Telefon: | km PSP-Element/Kostenstelle E-Mail: | | | | | |
| Telefoli. | E-Wall. | | | | | |
| Universitätsklinikum Bonn | Bankverbindung | | | | | |
| Geschäftsbereich 1 | Bank: | | | | | |
| Reisekosten | | | | | | |
| Sigmund-Freud-Str. 25 | BIC/SWIFT-Code: | | | | | |
| 53105 Bonn | IBAN-Nummer: | | | | | |
| | | | | | | |
| Reisedaten (Angaben sind unbedingt erforderlich) | | | | | | |
| Ziel der Reise (Ort und Land): | | | | | | |
| Art des Dienstgeschäfts: | | | | | | |
| Die Dienstreise wurde genehmigt am: | | | | | | |
| Inhaber einer BahnCard: Nein Ja Inhaber eines Job-Ticket: Nein Ja | | | | | | |
| Abreise: ab Wohnung ab Dienststelle ab anderem Ort (ggf. auf gesondertem Blatt erläutern) | | | | | | |
| Datum: | Uhrzeit: | | | | | |
| Zeitpunkt Grenzübertritt: * Datum: | Uhrzeit: | | | | | |
| Ankunft am Geschäftsort: Datum: | | | | | | |
| Beginn des Dienstgeschäfts: Datum: | | | | | | |
| Ende des Dienstgeschäfts: Datum: | | | | | | |
| Antritt der Rückreise: Datum: | | | | | | |
| Zeitpunkt Grenzübertritt: * Datum: | Uhrzeit: | | | | | |
| Rückkehr: an Wohnung an Dienststelle an anderen Ort (ggf. auf gesondertem Blatt erläutern) | | | | | | |
| Datum: | | | | | | |
| * bei Florencies bitte des Londonitons de circumstation (Oders | in the Dates and an Ocabilish and Equipment to Township. | | | | | |
| * bei Flugreisen bitte den Landezeitpunkt eintragen (Ortsze | eit); die Daten sind maßgeblich zur Ermittlung des Tagegeldes | | | | | |
| Weitere Angaben, welche auf die Reisekostenvergütung Einfluss haben können | | | | | | |
| Übernachtungsgeld zahlen: | ja 🗌 nein Tagegeld zahlen: 🗌 ja nein 🗌 | | | | | |
| Unentgeltliche Hauptmahlzeiten erhalten (z.B. Frühstück im Übernachtungspreis enthalten / unentgeltliche Verpflegung bei Fortbildungen bzw. Seminaren / auch die während eines Fluges gereichte Hauptmahlzeiten sind anzugeben): | | | | | | |
| Anreisetag: Frühstück/Anzahl: Mittagessen/Anzahl: Abendessen/Anzahl: | | | | | | |
| Aufenthaltstage: Frühstück/Anzahl: | Mittagessen/Anzahl: Abendessen/Anzahl: | | | | | |
| Rückreisetag: Frühstück/Anzahl: Mittagessen/Anzahl: Abendessen/Anzahl: | | | | | | |
| Weitere Angaben / Hinweise (ggf. auf gesondertem Blatt): | | | | | | |

Kostenaufstellung: siehe Rückseite

| Kostenaufstellung (Belege bitte durchnummerier und im Original beifügen) | | (Belege bitte durchnummerieren und im Original beifügen) | Kosten in Euro | Diese Spalte bitte für Bearbeitungsvermerke der Verwaltung freilassen | Erstattungs- betrag in Euro | |
|--|--|--|-------------------|---|-----------------------------------|--|
| 1 | Fahrtkosten: a) mit regelmäßig verke | hrenden Beförderungsmitteln | | | | |
| | b) mit PKW (Wegstreckenentschädigun eigener PKW | g gem. § 6 Abs. 1 - 3 LRKG) zweirädriges KFZ | | | | |
| Anzahl der gefahrenen km: (Hin und Zurück) | | | | | | |
| | Mitreisende | _mitgef. km: | | | | |
| | | mitgef. km: | | | | |
| | | mitgef. km: | | | | |
| | c) mit anderen als regeli Beförderungsmitteln | mäßig verkehrenden (triftige Begründung erforderlich) | | | | |
| 2 | Die Höchstgrenze für Übernachtur mehr als 100.000 Einw. 80,- € Be | (Hotel / Pension / Privat) ngskosten beträgt 50,- €bzw. bei Großstädten mit i höheren Kosten ist eine triftige Begründung nchtungskosten bitte die jeweilige Höchstgrenze ndes beachten. | | | | |
| 3 | Sonstige Nebenkosten | (Teilnahmegebühren, Seminargebühren u.ä.) |) | | | |
| | | | | | | |
| Vorauszahlung und Unterschrift | | | | | | |
| Ich habe | | | | | | |
| Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die angegebenen Kosten sind mir tatsächlich entstanden. Bei Reisen aus Drittmittel, Bestätigung des Verfügungsberechtigten: sachlich richtig | | | | | | |
| Or | t Datum | Unterschrift | Ort Datum | Unterschrift | | |
| Wird von der Verwaltung ausgefüllt: Tagegeld: | | | | | | |
| | | | | | | |
| Tagegeld Zuschuss zur Übernachtungspauschale Nachgewiesene Übernachtungskosten € | | | | | | |
| | ./.Sachbezugswert Frühstück | Euro x€ | | | | |
| | ./. Übernachtungspauschale | Euro x€ | | Übernachtungsgeld | | |
| | Der Mehrbetrag von ist in voller Höhe höchstens in Höhe von | € | stattungsfähig | Zuschuss z. Übernachtungsgeld | | |
| Kostenberechnung nach Zusammenstellung zustehende Reisekostenvergütung | | | | | | |
| Als Abschlag sind bereits am angewiesen:€ | | | | | | |
| Somit - auszuzahlen - wieder einzuziehen | | | | | | |
| Rechnerisch richtig | | | | | | |
| Datum | | | | | | |