

Kostenübernahmeerklärung

für Nichtmitarbeiter der Universitätsmedizin, Doktoranden, Stipendiaten zur Erstattung entstandener Reisekosten bei Drittmittelfinanzierungen bzw. aus PK

!Bitte am PC oder handschriftlich gut lesbar und vollständig ausfüllen!

1. Angaben zum Antragssteller (Nichtmitarbeiter der Universitätsmedizin, Doktoranden, Stipendiaten)

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift privat: _____

Anschrift dienstlich: _____

Bankverbindung:

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

(IBAN und BIC finden Sie auf Ihren Kontoauszügen oder erhalten Sie von Ihrer kontoführenden Bank)

2. Angaben zur beantragten Reise

Reiseziel: Stadt: _____	Land: _____	Beginn und Ende der Reise: vom: _____	bis: _____
!Bitte "Kurzmerkblatt-Reisekostenabrechnung" im Intranet beachten!		<input type="checkbox"/> aktive Teilnahme <input type="checkbox"/> passive Teilnahme	
Zweck/Notwendigkeit der Reise (ggf. Extrablatt verwenden): _____		Liegt eine Referentenvereinbarung vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sind Reisekosten mit dem Honorar abgegolten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beantragte Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Bundesbahn <input type="checkbox"/> anderes öffentl. Verkehrsmittel: _____ BahnCard vorhanden? <input type="checkbox"/> ja Klasse: _____ gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> nein		Bitte nicht ausfüllen! Genehmigtes Verkehrsmittel: <input type="checkbox"/> wie beantragt <input type="checkbox"/> Flugzeug für Inland/ Mietwagen ohne Begründung: Erstattung Bahnfahrt 2.Klasse <input type="checkbox"/> 0,15 €/km Privat-Kfz ohne Begründung	
<input type="checkbox"/> Dienst-Kfz <input type="checkbox"/> Flugzeug (Begründung f. Inland) _____ <input type="checkbox"/> Mietwagen mit Begründung Begründung: _____ <input type="checkbox"/> Privat-Kfz 0,25€/km mit ausführlicher Begründung _____ <input type="checkbox"/> Privat-Kfz 0,15€/km ohne Begründung _____		Finanzierung zu Lasten von: <input type="checkbox"/> PK: _____ <input type="checkbox"/> Drittmitteln_Projekt: _____ Unterschrift Projektleiter/Drittmittelempfänger	
Kennzeichen: _____ <input type="checkbox"/> Mitfahrt im Privat-Kfz des Name _____ Einrichtung _____		Mittel vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Titel: _____	

3. Rechtsgrundlagen

Die Kostenerstattung erfolgt gemäß Landesreisekostengesetz Mecklenburg-Vorpommern sowie der einschlägigen Verwaltungsvorschriften (insbesondere Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum LRKG M-V, Drittmittelrichtlinie).

Der Kostenübernahmeantrag wird

Datum/Unterschrift des Antragstellers

genehmigt
 nicht genehmigt

Datum/Unterschrift/Stempel des Leiters der Einrichtung

Datum/Unterschrift Kaufmännischer Vorstand