

Abteilung Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Greifswald
Walther-Rathenau-Str. 11
17475 Greifswald

Tel.: 03834/ 86 22282
Fax: 03834/ 86 22283
E-Mail: allgemeinmedizin@uni-greifswald.de



Reisekostenrechnung für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin

Zeitraum des Blockpraktikums von - bis

Ort des Blockpraktikums

Name des Lehrarztes/der Lehrärztin

Medizinstudent/Medizinstudentin

Vorname und Name

Straßenname und Nummer

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail

Reisekostenrechnung

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen)

Unentgeltliche Unterkunft wurde bereitgestellt.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann bitte die Adresse der Unterkunft angeben! <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/>
---	---

Tag/Monat/Jahr Beginn/Ende der Reise	<u>Reiseerläuterung:</u> - Reiseweg (ab/an Wohnort) in km à 0,20 € bzw. Bus-/Bahn-Kosten und ggf. erläutern (tägl. wiederholende Fahrten zusammenfassen) - Kosten der Unterkunft ohne Verpflegung und Sonderleistungen - Ermäßigungen (u.a. BahnCard) oder unentgeltliche Gewährung von Leistungen sind anzugeben.	Kosten gemäß Anlage EUR
zu übertragen:		
Hinweise zur Abrechnung – durch Abt. Allgemeinmedizin auszufüllen:		

Weitere Reiseerläuterungen:

Ich bitte den Betrag zu überweisen:

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Verwendungszweck: _____

z.B. Blockpraktikum Allgemeinmedizin

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin

Bitte alles als Loseblattsammlung (ohne Heftung) abgeben und beifügen:

- **die Originalbelege zu den Reisekosten**
- **die Bestätigung des Lehrarztes/der Lehrärztin über die Absolvierung des Blockpraktikums (Formular)**

Bei digitaler Einreichung die Dokumente als pdf-Dateien senden (Scan - möglichst geringe Speicherplatzgröße; keine Fotos!).