

ANTRAG

REISEKOSTEN

(gültig ab 04.10.2022)

Rheinbahnstraße 3
65185 Wiesbaden
Tel.: 0611/341 91 24
Fax: 341 91 30

Bitte reichen Sie innerhalb von vier Monaten die Belege vollständig ein!

Name: _____

Wohnort: _____

Reiseziel: _____

Reisebeginn: _____ Reiseende: _____
Datum / Uhrzeit Datum / Uhrzeit

Anlass: _____

Fahrtkosten (ab / bis Landesgrenze Hessen)

Bahn, öffentl. Nahverkehr, Taxi _____ €

Auto
0,30 €/km. (0,32 €/km bei Mitnahme einer Kollegin/eines Kollegen) _____ €

Hotel _____ €
abzüglich ____ x Frühstück (5,60 €)
abzüglich ____ x Mittag-/Abendessen (je 11,20 €) _____ €

Verpflegungsmehraufwendung
Pro Reisetag, Abwesenheit von mehr als 8 Std. 14 €, 24 Std. 28 € _____ €

Sonstiges/Auslagen/Parkgebühren _____ €

Es wird **Honorarfallentschädigung** (höchstens 200,00 €) in Höhe von _____ € beantragt.

Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweis/Erklärung beifügen!

Nachweis über Gehaltsabzug bzw. Honorarausfall erfolgt durch

- Gehaltsabrechnung Arbeitgeber-Mitteilung über gekürzte Pauschale Erklärung

- Ich erkläre hiermit, dass mir durch die Teilnahme an der o.g. Sitzung/Veranstaltung ein Honorarausfall mindestens in Höhe der beantragten Honorarfallentschädigung entstanden ist.

Endsumme _____ €

Bitte um Überweisung:

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ BIC: _ _ _ _ _ _ _ _

Name der Bank: _____

Datum / Unterschrift: _____