



Verband für Behinderten- und Rehabilitationssport M-V e.V.

Name / Vorname

Anschrift / PLZ / Ort

Ziel der Reise Ausgangsort der Reise

Grund der Reise

	<i>Datum & Uhrzeit</i>		<i>Datum & Uhrzeit</i>
Beginn der Reise	<input type="text"/>	Ende der Reise	<input type="text"/>
Beginn der Veranstaltung	<input type="text"/>	Ende der Veranstaltung	<input type="text"/>

Eintägige Dienstreise	8 - 24 Stunden <input type="checkbox"/> 12,00 €		Abrechnungsbetrag	<input type="text"/>	€
Mehrtägige Dienstreise pro Tag (24 h)	über 24 Stunden <input type="checkbox"/> 24,00 €	Anzahl Tage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
Übernachungskosten (Preis pro Nacht)	<input type="text"/>	Anzahl Nächte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
Öffentliche Verkehrsmittel (z.B. DB 2. Klasse inklusive Zuschläge, KOM)				<input type="text"/>	€
PKW (Behindertenfahrzeug)	<i>Kennzeichen</i> <input type="text"/>	<i>Kilometer</i> <input type="text"/> km	0,30 €/km	<input type="text"/>	€
Zuschlag für Mitfahrer	<i>Anzahl</i> <input type="text"/>	<i>Kilometer</i> <input type="text"/> km	0,02 €/km	<input type="text"/>	€
Lehrgangs- / Teilnehmergebühren / Tagungsgeld	<input type="text"/>			<input type="text"/>	€
Sonstiges	<input type="text"/>			<input type="text"/>	€
		Reduzierung gem. Reisekostenordnung		<input type="text"/>	€
		SUMME		<input type="text"/>	€

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Ort, Datum</i>	<i>Rechtsverbindliche Unterschrift</i>

Überweisung IBAN

Kontoinhaber

oder **Barauszahlung**

Unterschrift für Erhalt aus Büro- / oder Handkasse

Die Richtigkeit des oben aufgeführten Einsatzes wird bestätigt:			
Datum	KR	ZO	Sachlich richtig <input type="text"/>
			Rechnerisch richtig <input type="text"/>
			Zur Zahlung angewiesen <input type="text"/>