



Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige

KREUZBUND

Fachverband des
Deutschen Caritasverbandes

Antrag auf Kostenerstattung

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Plz/Ort: _____

Telefon: _____ Gruppe/OE: _____

Ich bitte um Erstattung der nachfolgend näher beschriebenen Kosten:

() Reisekosten () PKW *:gef. Kilometerx 0,30 €/km = €

() Bahn: lt. Anlage €

() andere: €

Summe: €

in Worten: Euro

Grund für die entstandenen Kosten:

Veranstaltungsort und Tag:

() Entnahme aus der Handkasse () Überweisung auf Kto:

Blz:

Die geltende Reisekostenrichtlinie des DV Aachen wurde von mir berücksichtigt!

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Buchungsvermerk: _____