|  |
| --- |
| LOGOsorsmc-RK-ObPf-rgb-breite290px**Schule ohne Rassismus – Schule mit Courage****Regionalkoordination Oberpfalz**c/o Bezirksjugendring OberpfalzVon-der-Tann-Straße 13 a93047 Regensburg |
|  |
| **Antrag auf Fahrtkostenerstattung** |
|  |
|  **Vorname, Name** |  |
|  **Anschrift** |  |
|  **Organisation / Funktion** |  |
|  **An- / Abreisetag** |  |
|  **Gründe der Fahrt** |  |
|  **Abfahrts- / Zielort** |  |
|  **Gefahrene PKW-km** |  |
|  **Bahnkosten** |  |
|  **Mitnahme folgender Personen** |  |
|  **Bankinstitut** |  |
|  **IBAN** | DE |
|  **BIC** |  |
|  |  |
| Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und erkläre, dass die oben angeführten Angaben von keiner anderen Stelle erstattet werden. |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift |
|  |  |
| Bearbeitungsvermerk des Bezirksjugendrings Oberpfalz |
| Betrag in Höhe von …………………………. **€**sachlich richtig. | HH-Stelle |
|  | Überwiesen am: |
|  |  |  |
| Unterschrift |  |