|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LOGOsorsmc-RK-ObPf-rgb-breite290px**Schule ohne Rassismus – Schule mit Courage**  **Regionalkoordination Oberpfalz** c/o Bezirksjugendring Oberpfalz  Von-der-Tann-Straße 13 a  93047 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 | |  | |