

## Erstattung Reisekosten für Gastdozenten / Lehrbeauftragte

**Für Kostenstelle:**

**Besuchsgrund /  
purpose of visit:**

**Datum / Date:**

**E-Mail Adresse /e-mail address:**

**Erstatten an / Refund to:**

|  |  |
|--|--|
| Vor- und<br>Nachname / First<br>and last name            |  |
| Straße, Nr., PLZ,<br>Ort / Street, No.,<br>Postcode City |  |
| IBAN/Account No.   |  |

**Ausland / Overseas: (bei ausländischer Bankverbindung / with foreign bank account)**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Bankname /<br>bank name      |  |
| BIC/ Routing No.             |  |
| Bankadresse /<br>Bankaddress |  |

*ORIGINAL-Quittungen bitte durchnummerieren und kleine Belege auf DIN A4 aufkleben.*

Please number ORIGINAL receipts consecutively and attach small receipts to DIN A4.

| Lfd. Nr./No. | Art der Ausgaben / type of expenses | Betrag / Amount | Währung / currency |
|--------------|-------------------------------------|-----------------|--------------------|
|              |                                     |                 |                    |
|              |                                     |                 |                    |
|              |                                     |                 |                    |
|              |                                     |                 |                    |
|              |                                     |                 |                    |
|              |                                     |                 |                    |
|              |                                     |                 |                    |
|              |                                     |                 |                    |
|              |                                     |                 |                    |
|              |                                     |                 |                    |
|              |                                     |                 |                    |
|              |                                     |                 |                    |
|              | Summe:                              |                 |                    |

**Sachlich und rechnerisch richtig:**

Unterschrift Kostenstellenverantwortliche(r)

Datum

Klarname

|               |  |
|---------------|--|
| Kapitel:      |  |
| Titel:        |  |
| Kostenstelle: |  |
| Kostenart:    |  |
| Hül. Nr.      |  |