

Handynr.: _____

N _____

Finanzbuchhaltung

-Zentraler Rechnungseingang-

Fachbereich 10-2/Studieninstitut

Postfach 103630

45036 Essen

Name, Vorname (Druckbuchstaben), Fachbereich

Kilometergeldentschädigung für die Dozententätigkeit am Studieninstitut

PSP-Element 1.01.08.03.01 (Studieninstitut)

Sachkonto 541211 (Vergütung/Dozentenonorar)

am	von	bis	Anzahl km
		Summe	

0,30€/km

Erstattungsbetrag _____ **€**

Den Betrag bitte ich wie folgt zu erstatten:

IBAN: _____ **, Institut:** _____

Datum, Unterschrift