

Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Lehrstuhl für Allgemeinmedizin
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten

Anschrift

Datum: _____

Antrag auf Kostenrückerstattung

Für den Blockzeitraum vom _____ bis _____

Name und Adresse der Praxis: _____

	<i>Beleg-Nr.</i>	<i>Euro</i>
Übernachungskosten	_____	_____
Zugticket	_____	_____
PKW Fahrkosten 0,20 €/km	Km: _____	_____
		Summe: _____

Rückerstattung max. 200,00 Euro pro Blockwoche.

Ich bitte um Überweisung auf das Konto bei:

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Sachl. Prüfung	Datum	Unterschrift
Rechn. Prüfung		
Zahlung		Bankkonto-Nr.
Buchung	Konto-Nr.	Kostenstelle 11790

Unterschrift