

HANDBALL CLUB 1952 ANGERMÜNDE E. V.

KLOSTERSTR. 35 16278 ANGERMÜNDE

TEL. 03331/298500

Reisekostenabrechnung

Name _____	Mitfahrende Personen: _____
Vorname _____	Name: _____
PLZ, Ort _____	_____
Art der Tätigkeit _____	_____
Zweck der Tätigkeit _____	_____
Fahrauftrag genehmigt/angeordnet _____	
HC 52 Angermünde e.V.	
PKW Typ _____	
Amtl. Kennz. _____	
Antritt der Reise _____	200 _____ Uhr
Ende der Reise _____	200 _____ Uhr

Fahrkosten :

Bahn	_____ Klasse				
PKW	_____ Km	0,11 €	(Tr./Wettkampf)		
PKW	_____ Km	0,20 €	(Tag, SR, Z, S, ÜL)		
ÖPNV	_____				
Summe:					- €

Fahrnachweise tagesweise für Pkw :

Datum	gefahrte Km	km Pauschale	Summe	Ort	Unterschrift des Fahrers	getankte L bei Abrechnung
				von -nach		
Gesamtsumme :						

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben und erkläre, dass ich erforderliche Steuererklärungen selbst veranlasse

obigen Beitrag in Bar erhalten

Ort, Datum

Unterschrift

Prüfvermerk Kassenwart:
