Formular drucken | Dieses Formular ist am Bildschirm ausfüllbar | Formular zurücksetzen

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG
Verwaltung des Klinikums
Personal und Recht
Reisezentrum
Telefon: 0761 270-19340

Antrag Fahrtkostenerstattung für Familienheimfahrten

Antrag bitte quartalsweise bei dem/der Personalsachbearbeiter/in einreichen.
Nur vollständig ausgefüllte Formulare können bearbeitet werden.

Daten Antragsteller/in

Personalnummer _____ Nachname _____ Vorname _____

E-Mail - Adresse _____ Ausbildungsstelle _____

Heimatanschrift

PLZ _____ Ort _____ Zielbahnhof _____

Straße / Nr. _____

Ich beantrage die Erstattung der notwendigen Fahrtkosten für folgende Familienheimfahrten:

Reiseziel Wohnung: ☐ Eltern ☐ Ehegatt/in/e ☐ Erziehungsberechtigte/er

Entfernung: _____ km Dauer der Fahrt (einfach): _____ Std./Min.

	Datum	Verkehrsmittel	Tatsächliche Fahrtkosten	Erstattung (von Sachbearbeiter/in zu ergänzen)
1.	Hinfahrt: _____ Rückfahrt: _____	☐ Bahn ☐ Bus ☐ eigener Pkw ☐ Mitfahrgelegenheit	Hinfahrt: _____ € Rückfahrt: _____ €	Hinfahrt: _____ € Rückfahrt: _____ €
2.	Hinfahrt: _____ Rückfahrt: _____	☐ Bahn ☐ Bus ☐ eigener Pkw ☐ Mitfahrgelegenheit	Hinfahrt: _____ € Rückfahrt: _____ €	Hinfahrt: _____ € Rückfahrt: _____ €
3.	Hinfahrt: _____ Rückfahrt: _____	☐ Bahn ☐ Bus ☐ eigener Pkw ☐ Mitfahrgelegenheit	Hinfahrt: _____ € Rückfahrt: _____ €	Hinfahrt: _____ € Rückfahrt: _____ €

☐ Bitte um Kostenerstattung BahnCard BahnCard gültig vom _____ bis _____

Die Originalnachweise über die Höhe der Fahrtkosten/Fahrausweise/Quittungen sind beigefügt.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und erkläre, dass ich die Fahrten tatsächlich unternommen habe. Mir ist bewusst, dass für den Fall falscher Angaben arbeitsrechtliche Konsequenzen eingeleitet werden.

Datum _____ Unterschrift Antragsteller/in _____

Bearbeitung durch Personalsachbearbeiter/in

Familienheimfahrt genehmigt / sachlich richtig:

Datum _____ Unterschrift u. Stempel Personalsachbearbeiter/in _____

Für die Entgeldabrechnung erfasst:

Datum _____ Unterschrift u. Stempel Sachbearbeiter/in Reisezentrum _____

ForManFR / 02.05.2013
60113773

Formular drucken | Formular zurücksetzen