Aktion Sonnenschein gGmbH

Makarenkostraße 8
17491 Greifswald

Kinderzentrum Greifswald
im DPWV
Tel: 03834/875-0 Fax: /875111
info@aktion-sonnenschein-greifswald.de

Fahrkostenabrechnung

Name: _____ Vorname: _____ Abteilung: _____

Grund der Dienstreise: _____

Zielort der Dienstreise: _____

Datum: _____ Unterschrift _____
Abteilungsleiter

Sind Sie mit dem Zug gefahren? **ja/nein**

Sind Sie mit dem Dienstwagen gefahren? **ja/nein**

Sind Sie mit dem eigenen PKW gefahren? **ja/nein**

Datum	Kilometer		€/km	Summe
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
		x	0,30	
Parkschein, Tankbeleg, Fahrkarte (im Original)				
Summe gesamt:				

Die Kosten sollen auf mein bekanntes Konto überwiesen werden.

Unterschrift des Mitarbeiters: _____

_____
Vor- und Nachname in Druckschrift