



Antrag auf Übernahme der Fahrtkosten UBC Münster Abt. Rollstuhlbasketball

Angaben zum Antragsteller:

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Angaben zur Fahrt:

Grund/Ziel der Fahrt: _____

Datum der Fahrt: _____

Gefahrene Kilometer (gesamt): _____

Gesamtbetrag (in €): _____

bei einem Kilometersatz von 0.16 € pro km (PKW) 0.19 € pro km (Bulli/Hänger)

Angaben zum Empfängerkonto (optional):

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Geprüft und genehmigt:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kassenwirts

Betrag bar erhalten

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers