

Daten des beantragenden Mitglieds:

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____



Tel: 05037 – 2387
Fax: 05037 – 5039

Hospizverein Schaumburg-Lippe, Bergkirchener Str. 30 31556 Wöplinghausen

vorstand@hospizverein-schaumburg.de
www.hospizverein-schaumburg.de

Hospizverein Schaumburg-Lippe e.V.
Kostenabrechnung
Bergkirchener Str. 30

31556 Wöplinghausen

Fahrtkostenabrechnung

Daten der begleiteten Person: I

Initialen: Erster Buchstabe des Vornamens, Erster Buchstabe des Nachnamens: ____ / ____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Entfernung in km (Hin- und Rückfahrt) zwischen beiden Wohnorten: _____ km

Für folgende Termine möchte ich die Fahrtkosten abrechnen:

| Nr. | Datum |
|-----|-------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |

| Nr. | Datum |
|-----|-------|
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |

| Nr. | Datum |
|-----|-------|
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |

Anzahl an Fahrten: _____ x _____ km = Gesamt: _____ km

Anzahl der km _____ km x 0,3 € = _____ € Gesamtbetrag

Sachlich richtig:
Kürzel: _____

Bitte überweisen Sie den errechneten Betrag auf mein

Konto IBAN: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Volksbank Hameln-Stadthagen
IBAN: DE65 25462160 0002804500
BIC: GENODEF1HMP

Sparkasse Schaumburg
IBAN: DE 81 25551480 0 458 001 310
BIC: NOLADE21SHG