**Abrechnung von Dienstreisen**

**für die eine allgemeine Dienstreisegenehmigung vorliegt**

(Nur für eintägige Reisen, bei mehrtägigen Reisen verwenden sie bitte die Seiten 1 + 3 das Formular „Dienstreiseantrag“ mit dem Vermerk das eine allgemeine Genehmigung vorliegt.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | |  | | | | | | | | | | IBAN: | |  | | |
| Anschrift | |  | | | | | | | | | | BIC: | |  | | |
| Kostenstelle | |  | | | | | | | | | | Bank: | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | Bankverbindung bereits bekannt | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Reiseziel Zweck der Reise** | **Beginn der Reise** | | | | **Beginn Dienstgeschäft** | | **Ende Dienstgeschäft** | | **Ende der Reise** | | | | **KM /  Fahrtkosten ÖPNV** | | **Weitere Kosten €** | **Mitnahme von Bediensteten/ Schwerbehinderung des Dienstreisenden (mind. 50%) Unentgeltliche Verpflegung** |
| **Tag, Monat, Jahr** | | **Uhr- zeit** | **Ort** | **Tag, Monat, Jahr** | **Uhr- zeit** | **Tag, Monat, Jahr** | **Uhr- zeit** | **Tag, Monat, Jahr** | **Uhr- zeit** | **Ort** | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |

Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben

Datum / Unterschrift Unterschrift Kostenstellenverantwortliche/r