

REISEKOSTENABRECHNUNG



**Freier Verband
Deutscher
Zahnärzte e.V.**

Bundesgeschäftsstelle
Mallwitzstr. 16
53177 Bonn

Name und Anschrift:

Reiseziel und Zweck:

Abfahrt (Tag, Zeit, Ort):

Rückkehr (Tag, Zeit, Ort):

Fahrtkosten (§1):

Bahnfahrt 1. Klasse [] Flugkosten (Economy) [] **EUR**

KFZ-km: X 0,50 EUR **EUR**

Verpflegungskosten (§2):

(bis 6 Std. 20,00 EUR/ab 6 Std. 40,00 EUR)

2 Mahlzeiten durch FVDZ: Tage (0 %) **EUR**

1 Mahlzeit durch FVDZ: Tage (50 %) **EUR**

Keine Mahlzeit durch FVDZ: Tage (100 %) **EUR**

(ein Frühstück zählt auch als Mahlzeit!)

Übernachungskosten (§3):

laut Belegen: **EUR**

Nebenkosten (§4):

laut Belegen für: Parken Taxi ÖPNV **EUR**

Sitzungsgeld (§6):

bis 8 Stunden (200,00 EUR) Tage **EUR**

ab 8 Stunden (300,00 EUR) Tage **EUR**

Gesamt: **EUR**

Ich bitte um Überweisung auf IBAN:

.....
(bitte immer angeben!)

.....
Datum/Unterschrift