

# Reisekosten-Erstattungsantrag PKW

Vorname: _____	Schulart: _____	LSP-Delegierter: _____	Kontoinhaber/in: _____
Nachname: _____	<input type="radio"/> Gymnasium	<input type="radio"/> Ja	Sparkasse/Bank: _____
Straße/Nr.: _____	<input type="radio"/> Gemeinschaftsschule	<input type="radio"/> Nein	IBAN: _____
PLZ/Ort: _____	<input type="radio"/> Förderzentrum	<input type="radio"/> Vertreter/in	BIC: _____
Telefon: _____	<input type="radio"/> Berufsbildende Schule	<input type="radio"/> begl. Lehrkraft	
Schule: _____		<input type="radio"/> Begleitperson	

Strecke Nr.	Datum:	Veranstaltung/Grund der Fahrt:	von (Ort):	nach (Ort):	Kilometer:
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Km gesamt: \_\_\_\_\_ x 0,20 €

**Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit meiner Angaben.**

Summe: \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller/in

sachlich und rechnerisch richtig

gesehen

\_\_\_\_\_

Büroleiter LSVen

\_\_\_\_\_

Landesverbindungslehrkraft

**! Bitte das Original zurück an: Büro Landeschülervertretungen Schleswig-Holstein, Preußstr. 1-9, 24105 KIEL !**