

# Reisekosten-Erstattungsantrag PKW

Vorname: _____	Schulart:	Kontoinhaber*in: _____
Nachname: _____	<input type="radio"/> Förderzentrum	Kreditinstitut: _____
Straße/Nr.: _____	<input type="radio"/> Gemeinschaftsschule	IBAN: _____
PLZ/Ort: _____	<input type="radio"/> Gymnasium	BIC: _____
Telefon: _____	<input type="radio"/> Berufsbildende Schule	
Schule: _____		

Delegierte\*r zum Landesschülerparlament (LSP):     ja     nein     Vertreter\*in     begleitende Lehrkraft/ Begleitperson

Strecke Nr.	Datum	Veranstaltung	von (Ort)	nach (Ort)	Kilometer
1					
2					
3					
4					
5					
6					

km gesamt: \_\_\_\_\_ x 0,20 €

Summe:  

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

sachlich und rechnerisch richtig

\_\_\_\_\_  
Büroleitung LSV

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

genehmigt

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Landesverbindungslehrkraft

**Bitte das Original zurück an: Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Büro der Landesschülervertretung SH,  
Judith Schlifke III3213, Brunswiker Str. 16-22, 24105 Kiel**

**Belege auf die Rückseite kleben oder anheften!**