



MEDIZINISCHE
FAKULTÄT

Antrag auf Fahrtkostenerstattung

Name des Antragstellers	
E-Mail des Antragstellers	
Erstattungsbetrag in €	
Kontodaten - Kontoinhaber:in - IBAN	

- ☐ Ich habe die [Regelung der Fahrtkostenerstattung](#) durchgelesen und meine Reise nach diesen Vorgaben gestaltet.
- ☐ Ich bestätige, dass alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht werden.

<u>Fahrt mit einem privaten PKW</u>		0,30€ pro km
<i>Hinfahrt</i> von Magdeburg nach _____	Fahrt in km	Preis in €
<i>Rückfahrt</i> von _____ nach Magdeburg		
<i>Datum der Hinfahrt:</i>		
<i>Datum der Rückfahrt:</i>		
<i>Anzahl der Mitfahrenden mit Namen:</i>		

- ☐ Falls vorhanden, lege ich meine Tankquittung bei.
- ☐ Ich bin der Fahrzeughalter des privaten PKWs.
- ☐ Es war mindestens eine weitere mitfahrende Person zusätzlich zu mir im PKW auf dem Weg zu einer offiziellen Veranstaltung.

<u>Fahrt mit dem öffentlichen Verkehr</u>	
<i>Hinfahrt</i> von Magdeburg nach _____	Preis in €
<i>Rückfahrt</i> von _____ nach Magdeburg	

☐ Im Anhang befindet sich die entsprechende Rechnung mit denselben Angaben

Ort, Datum

 Unterschrift des Antragstellenden

 Unterschrift Sprecher:in für Finanzen und IT

Fachschaftsrat der Medizinischen Fakultät Magdeburg

Anschrift: 39120 Magdeburg, Leipziger Straße 44 Haus 2

Kontakt: mail@fara-med.de; www.fara-med.de