

KOSTENRÜCKERSTATTUNG

Projektname		Dieses Feld nicht ausfüllen Eingangsnummer:	
Projektdatum/Projektzeitraum			
Kostenstelle ☐ 01 Vorstand HV ☐ 02 Referat für bildungspolitische Angelegenheiten ☐ 03 Referat für Gesellschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik und Sport NBG ☐ 04 Referat für Gesellschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik und Sport SBG ☐ 05 Referat für wirtschaftliche Angelegenheiten ☐ 06 StuVe Humanmedizin Nürnberg ☐ 07 StuVe Humanmedizin Salzburg ☐ 08 StuVe Pflegewissenschaften und postgraduelle Studien ☐ 09 StuVe Pharmazie			
Beschluss der Aufwendungen			
Nr. Sitzungsprotokoll		Datum	
Antragsteller/in			
Vorname		Nachname	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon	E-Mail		
Bankdaten			
IBAN		BIC	
Rückerstattung			
Nr.	Verwendungszweck & Bezeichnung beigefügter Originalbelege	Betrag in Euro	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Summe			
Mit der Unterschrift erkläre ich, dass die Rechnungslegung sachlich korrekt bzw. gerechtfertigt ist und im Einklang mit den geltenden Gesetzen (insbesondere dem Hochschülerinnen- und Hochschülerschaftsgesetz), der Satzung und Gebarungsordnung der HV PMU steht. Alle Belege werden ohne unnötige Verzögerung leserlich und vollständig ausgefüllt in der Buchhaltung der HV PMU abgegeben, damit eine schnelle und termingerechte Verbuchung und Zahlung erfolgen kann.			
Ort, Datum		Antragsteller/in	
Freigabe (Nicht von dem/der Antragssteller/in auszufüllen!)			
Kostenstellenverantwortliche/r	Vorsitzende/r der HV PMU	Finanzreferent/in der HV PMU	