**Hinweis:**

**Voraussetzungen für die Erstattung von Reisekosten/Übernachtungskosten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt für Lehrbeauftragte.**

Sommersemester/Wintersemester:

Fachbereich:

Titel der Lehrveranstaltung:

Nachname, Vorname:

Wohnort:

Hauptberufl. Dienst-/Arbeitsort:

Ich bin vom [ ]  Wohnort [ ]  hauptberuflichen Dienstort gefahren.

**I. Reisekosten**

**Bitte keine Nebenrechnungen auf diesem Blatt vornehmen. Ggf. bitte gesonderte Aufstellung beifügen.**

[ ]  Ich beantrage die Erstattung der Reisekosten mit dem privaten PKW

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anzahl der** **Veranstaltungstage** | **Ort der** **Lehrveranstaltung** | **einfache** **Entfernung** | **wird von der Personalabteilung ausgefüllt****Gesamtstrecke** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **km****(Veranstaltungstage x km x 2)****Erstattungsbetrag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Abzgl. Parkraumberechtigung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(WS 23/24, 62,50 € / ab SS 24, 75,- €)****Gesamterstattungsbetrag \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|       | [ ]  Darmstadt |       |
|       | [ ]  Dieburg |       |

[ ]  Ich beantrage die Erstattung der Reisekosten für Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Fahrkarten bitte im Original beifügen)

Sind Sie Inhaber einer Bahncard? [ ]  ja [ ]  BC50 [ ]  BC25 [ ]  nein

[ ]  Erstattung Fahrtkosten der 1. Klasse (Vorlage eines Schwerbehindertenausweises mit mindestens GdB 50)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anzahl der Fahrten** | **Ort der** **Lehrveranstaltung** | **Kosten der****Einzelfahrt** | **wird von der Personalabteilung ausgefüllt****erstattungsfähige Kosten** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **€** |
|       | [ ]  Darmstadt |       |
|       | [ ]  Dieburg |       |

**II. Übernachtungskosten**

Ich beantrage die Erstattung der Übernachtungskosten (bitte Hotelrechnung im Original beifügen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anzahl der****Übernachtungen** | **Preis pro****Übernachtung** | **Gesamtkosten** | **wird von der Personalabteilung ausgefüllt****erstattungsfähige Kosten** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **€** |
|       |       |       |
|  |  |  | Auszahlungsbetrag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |

Ich versichere, dass mir die angegebenen Kosten sachlich richtig

**tatsächlich** entstanden sind.

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Dekan\*in