

Datum: _____

An das
Dekanat des FB Medizin
Baldingerstrasse

HAUSPOST

Klinik / Abteilung / Institut (Stempel)

Antrag auf Gebührenerstattung / Rechnungsbegleichung

(Die Angaben können handschriftlich gemacht werden.)

Name, Vorname (ggf. Anschrift): _____

Dienstbezug _____

(es werden nur Rechnungen und Gebühren erstattet bei denen der Dienstbezug lt. Landeshaushaltsordnung gegeben ist)

Ich bitte um Bezahlung beiliegender Belege in Höhe von _____

Ich habe am: _____ folgende Gebühren in Höhe von _____ ausgelegt.

Originalbelege sind in der Anlage beigefügt

(z.B. Rechnung, Fahrkarte, Quittung, Kontoauszug, Kopie Kreditkartenabrechnung, Seminarprogramm, Teilnehmerliste, Publikationskopie)

Ich bitte um Überweisung / Erstattung.

Bankverbindung: _____

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

Bankleitzahl _____

Kontonummer _____

Kostenstelle zur Begleichung _____

sachlich und rechnerisch richtig

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Kostenstellenverantwortlicher

Wird vom Fachbereich Medizin ausgefüllt

UNI MARBURG	Deb/Kred/SaKo	Betrag	UKZ	KoSt / Projekt
DV-Beleg-Nr.: _____			Namenszeichen / Datum	

Prüfvermerk Drittmittelbuchhaltung

Begleichung in Ordnung
 ja nein

Anmerkung: Mittel wurden nur für

eingeworben