



Antrag auf Erstattung von Kosten und Ausgaben

Name, Vorname

Universitätsstraße 1
O.A.S.E. Geb. 16.61
40225 Düsseldorf

Fon: 0211 81 03165
Fax: 0211 81 12631

Verwendungszweck (bitte separate Anträge für unterschiedliche Verwendungszwecke Verwenden)

fsmed@uni-duesseldorf.de
fsmed@fsmed.de

Antrag in Höhe von in Euro €

fsmed.de
forum.fsmed.de

Betrag	Verwendungszweck

Einzelbeträge (falls vorhanden)

Originalrechnung ist beigefügt
(Originalrechnung bitte nur lose mit einer Heftzwecke befestigen, keine Heftklammer/Tacker verwenden)

Originalrechnung ist nicht vorhanden
(Zwei Zeugen aus dem FSR/der FSV notwendig)

1. _____

2. _____

Grundlage der Erstattung

FSV Beschluss vom: _____

FSR Beschluss vom: _____
(max. 400,-€)

Grillabend
(max. 1.000,-€)

Freibetrag FSR
(max. 20,-€)

Sonstiges: _____

Der Betrag ist auf folgendes Konto zu überweisen

IBAN

Institut

BIC (optional bei nationale Überweisungen)

Kontoinhaber

Datum

Adresse (Straße und Postleitzahl) (optional bei gewählten FSV/FSR Mitgliedern)

Vom Financer auszufüllen

Projektzuordnung

Unterschrift

Zum ASTA am