

Antrag auf Auslagenrückerstattung		
Name:		
Vorname:		
Anschrift:		
Telefonnummer:		
E-Mail-Adresse:		
IBAN:		
SWIFT-BIC:		
Kreditinstitut:		
Hiermit bitte ich um Erstattung der von mir ausgelegten Kosten (kurze Begründung, Verweis auf Antrag möglich):		
Datum	Ausgabe wofür	Betrag
Gesamt:		
Datum:	Unterschrift:	



StuRaMed Leipzig
 Liebigstraße 27b | Raum 109
 04103 Leipzig
finanzen@sturamed-leipzig.de
 0341/24254701
www.sturamed-leipzig.de

Ich wurde informiert, dass

1. Kosten für Pfand und Tragetaschen nicht übernommen werden,
2. Zahlungsbelege, bei denen Rabattsysteme genutzt werden, nicht abgerechnet werden können,
3. die Belege im Original beizulegen sind,
4. Thermo-Papierbelege zudem auch als Extrakopie beizulegen sind.