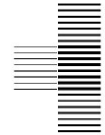


Antrag auf Bewilligung einer Reisekostenerstattung für "externe Personen" für eine Dienstreise / einen Dienstgang die aus Drittmitteln finanziert wird



Bitte beachten Sie das [Handbuch](#) und die [Ausfüllanleitung](#) im Mitarbeiterportal.

Fett umrandete Felder sind immer auszufüllen. Grau hinterlegte Felder werden von der Reisekostenstelle ausgefüllt.

a. Antragsteller	Name, Vorname		Eingangsstempel Reisekostenstelle		
	Wohnadresse (<i>bitte vollständig angeben</i>)	Dienststelle			Telefon dienstlich
	Geburtsdatum	E-Mail			
<input type="checkbox"/> Mitreisende <input type="checkbox"/> Mitfahrt bei	Name(n), Dienststelle / - Bezeichnung der Mitreisenden		Personen-Nr.	Reise-Nr.	

b. Anlass der Reise und Zielort (z.B. Art der Fortbildung, eigener Vortrag, Referat, Poster, offizielle Funktion etc. - Unterlagen bitte beifügen)	
<input type="checkbox"/> Aktive Teilnahme bei einer Fortbildungsreise (z.B. Referent, Tagungsleiter)	

c. Reiseplan / Dauer	Urlaub / Freizeitausgleich <input type="checkbox"/> vor / <input type="checkbox"/> nach der Reise von _____ bis _____			
- Reisezeit	Beginn: Datum	Uhrzeit	Ende: Datum	Uhrzeit
- Dienstgeschäft / Fortbildung	Beginn: Datum	Uhrzeit	Ende: Datum	Uhrzeit
- abweichender Ab- / Anreisort	<input type="checkbox"/> Abreise ab Wohnung <input type="checkbox"/> Rückreise zur Wohnung <input type="checkbox"/> tägliche Rückfahrt zur Wohnung			
- Unterbrechung	Die Reise wird für _____ Stunden / Tage wegen einer Nebentätigkeit unterbrochen			

d. Vorgesehene Verkehrsmittel (auch An- und Abfahrt zu Bahnhof, Flughafen etc.) - Öffentlicher Nachverkehr ist prinzipiell genehmigt			
<input type="checkbox"/> Deutsche Bahn / Fernbus	<input type="checkbox"/> priv. Kfz ohne triftigen Grund	<input type="checkbox"/> Dienst-Kfz	<input type="checkbox"/> Mitnahme von Kollegen
<input type="checkbox"/> priv. Kfz bei Vorliegen triftiger Gründe	Begründung bei beabsichtigter Nutzung eines priv. Kfz, Mietfahrzeugs, Flugzeugs		
<input type="checkbox"/> Mietfahrzeug	<input type="checkbox"/> Flugzeug		

e. Kostenerstattung (Bitte geben Sie die voraussichtlichen Kosten an. Die Abrechnung erfolgt nach dem Bayerischen Reisekostengesetz. Ohne Angabe von Beträgen kann keine Erstattung erfolgen!)					
Fahrtkosten	€	Übernachungskosten	€	Anz. Übernachtungen	
Teilnehmergebühren	€	Sonstige Kosten	€	Summe	€

Kostenstelle / Finanzstelle	Betrag in €, %	erfolgt durch Dritte, nämlich:	erfolgt durch Industriegelder (Angabe der Firma):
			→ Sichtvermerk an Klinikdezernenten

1. Antragsteller	2a. Befürwortung (Sprecher/Projektleiter)	3. Genehmigung (der Dienstreise)	
<p><i>Ich versichere, dass die beabsichtigte Reise keinen erheblichen Freizeitwert hat. Eine Kopie des Programmablaufs ist diesem Antrag sowie einer etwaigen Abrechnung beim Universitätsklinikum beigelegt. Es wird bestätigt, dass die Reise nicht mit einer Nebentätigkeit in Verbindung steht und kein Honorar gezahlt wird. Die Informationen der Ausfüllanleitung habe ich zur Kenntnis genommen.</i></p> <p>Der Antrag muss vor Antritt der Reise bei der zuständigen Reisekostenstelle des Universitätsklinikums Erlangen eingereicht werden! Die Abrechnung erfolgt nach den Vorgaben des Bay. RKG.</p> <p>ACHTUNG Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nicht durch das Universitätsklinikum Erlangen abgedeckt wird.</p>	Der Übernahme der Kosten wird <input type="checkbox"/> zugestimmt <input type="checkbox"/> nicht zugestimmt <input type="checkbox"/> bis zu _____ € zugestimmt	<p>Die Genehmigung der Dienstreise muss durch den Antragsteller bei seiner vorgesetzten Dienststelle (externe Dienststelle) beantragt werden. Auf diesem Antrag ist zu vermerken, dass die Abrechnung der Dienstreise durch das Universitätsklinikum Erlangen vorgenommen wird. Erst durch die Unterschrift des Drittmittelsachbearbeiters ist die Kostenübernahme durch das Universitätsklinikum Erlangen bewilligt.</p> <p>Kostenübernahme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> der Kosten in Höhe von _____ €</p> <p>Datum, Unterschrift (zuständiger Vorgesetzter) ACHTUNG Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nicht durch das Universitätsklinikum Erlangen abgedeckt wird.</p>	
	Datum, Unterschrift (Sprecher/Projektleiter)		2b. Freigabe (durch den zuständigen Drittmittelsachbearbeiter in Fe, HN oder SFB-Sekretariat)
			<input type="checkbox"/> die Erstattungsregelungen / Kostenobergrenzen gemäß Anlage sind zu beachten! Mittelreserv. aus Finanzstelle Betrag in €, %
	Datum, Unterschrift (Antragsteller)		Datum, Unterschrift (zust. Drittmittelsachbearb.)

Pf2001_002 Stand: 01.08.2019/3