| **Personalnummer** | **Name, Vorname** | **Einrichtung** |
|---|---|---|
| **Tel.-Nr.** | **Kennzeichen** | |

**Universitätsklinikum Ulm**
**Abteilung Personal**
**Albert-Einstein-Allee 29**
**89081 Ulm**

| **Abrechnung von Fahrten im Hochschulbereich** | Abt.-Kostenstelle:<br>.....<br>(nur bei Drittmittelbeschäftigten eintragen) |
|---|---|

| Ich versichere, dass nachstehende Angaben richtig und vollständig sind:<br><br>.....<br>Datum Antragsteller/in | Die geltend gemachten Fahrten waren aus dienstlichen Gründen erforderlich:<br><br>.....<br>Datum Einrichtungsleiter/in |
|---|---|

| **Datum** | **von** | **nach** | **Entfernung (km)** | **Mitfahrer** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | **1** | **2** | **3** |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Wird von der Abteilung Personal ausgefüllt<br>Summe: |
|---|

⇨ **Bitte Rückseite beachten**

| Datum | von | nach | Entfernung (km) | Mitfahrer | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Wird von der Abteilung Personal ausgefüllt<br>Summe: |
|---|
| |