Hospizverein
im Ev.-luth. Kirchenkreisverband Hildesheim e.V.

Geborgen bis zuletzt

Auslagenerstattung

Name und Anschrift der/des Hospizmitarbeiterin

……

Bitte spätestens zurück bis 15.06. oder 15.12 des Abrechenzeitraums

Name des/der Begleiteten/ der Veranstaltung	km PKW	Datum:	Uhrzeit:	Sonstige Auslagen (bitte Belege beifügen)
Insgesamt:				

Konto IBAN: ……

Unterschrift: ……

Kostenerstattung angewiesen am: ……. Unterschrift: ……