

# Reise- und Sitzungskostenabrechnung der Zahnärztekammer Niedersachsen

gem. Entschädigungsordnung der ZKN, Beschluss KV 10./11.11.2023

Reiseziel und Zweck der Reise \_\_\_\_\_

Abwesenheitsdauer Abfahrt von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Rückkehr in \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Zahnärztekammer Niedersachsen

Zeißstraße 11 a

30519 Hannover

Frau/Herrn

Vorname

Nachname

Straße

PLZ/Ort

## Aufwandsentschädigung

die Abwesenheit wird mit 70,00 € / Stunde vergütet \_\_\_\_\_ Stunde(n)

über 10 Stunden maximal 770,00 € \_\_\_\_\_ Tag(e)

## Vorbereitungspauschale für Sitzungen

Vorsitzende/r \_\_\_\_\_ 600,00 € / Mitglied \_\_\_\_\_ 300,00 €

## Fahrtkosten

Bahn, Flugzeug, Schiff hin und zurück \_\_\_\_\_ €

mit dem Pkw gefahrene km \_\_\_\_\_ à 0,85 €

Taxen (laut Beleg)

## Mehraufwand Verpflegung

Für mehrtägige Dienstreisen wird eine Pauschale in Höhe von 30,00 €

pro Tag gezahlt

## Kosten für \_\_\_\_\_ Übernachtung(en) mit Frühstück

wenn der Pauschalsatz in Anspruch genommen wird \_\_\_\_\_ à 70,00 €

laut Beleg(en) \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ €

## Nebenkosten (nur unter Beifügung der Belege)

Telefon, Porto, Beförderung und Aufbewahrung von Gepäck,

Garagen- und Parkgebühren, sonstige Nebenkosten

Gesamtbetrag der Abrechnung

€

Wird von der Verwaltung ausgefüllt

Bankverbindung:

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben

Datum

Unterschrift

## Interne Vermerke:

Kostenstelle: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Sachlich richtig: \_\_\_\_\_

Angewiesen: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

## Ausschlussfrist

Der Anspruch auf Zahlung erlischt, wenn er nicht binnen drei Monaten nach Beendigung geltend gemacht wird.