

Schüler Helfen Leben e.V.

Kaiserstr. 12, 24534 Neumünster ; Tel: 04321/48906-0 Fax: 04321/48906-44



Name und Anschrift der/des

AntragstellerIn:

Antrag auf Kostenerstattung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätige ich, dem Verein „Schüler Helfen Leben e.V.“ einen Betrag in Höhe von _____ € für folgende, notwendige Maßnahmen ausgelegt zu haben:

Die betreffenden Kassenbelege erhalten Sie als Anlage.

Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und bitte um Rückerstattung des oben genannten Betrages auf das Konto Nummer _____ bei der (Name der Bank/Sparkasse)

_____, Bankleitzahl: _____

(Kontoinhaber: _____).

_____, den _____, _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Kassenwart