

Antrag auf Kostenerstattung

Schüler Helfen Leben e.V.
Kaiserstraße 12
24534 Neumünster
Tel.: 04321 48906-0
Fax: 04321 48906-44



Vorname _____ Kontoinhaber _____
Nachname _____ Bank _____
Straße, Nr. _____ IBAN _____
PLZ, Ort _____ BIC _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Beleg Nr.	Auslage	Betrag
1		€
2		€
3		€
4		€
5		€
6		€
7		€
8		€
9		€
10		€
11		€

Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit meiner Angaben.

_____, den _____ Datum _____ Unterschrift _____

Für die Richtigkeit: _____
Kassenwart/in / Stellvertreter/in