

SV HANSE-Klinikum Stralsund e.V.

Antrag auf Kostenrückerstattung

Name/Sektion:

Hiermit bitte ich um die Kostenrückerstattung von €

Art und Grund der Auslage:

.....

.....

Anlage Originalrechnung:

Nr.1..... Nr.2.....

Nr.3..... Nr.4.....

Überweisung an:

Name

Bankinstitut

IBAN

BIC

Antragsteller-Unterschrift / Datum

Bestätigung durch Kassenwart:

Die Kosten gehen zu Lasten:

Sektionskasse: €

Sportfonds. €

LSB-Fördermittel: €

Vorstandsfonds:..... €

Unterschrift Kassenwart/Datum der Überweisung