

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:

Konto:

Bankleitzahl:

.....

Antragsteller-Unterschrift/Datum

Bestätigung durch Kassenwart:

Die Kosten gehen zu Lasten:

Sektionskasse: €

Sportfonds : €

LSB-Fördermittel: €

Vorstandsfonds: €

Unterschrift Kassenwart/Datum der Überweisung