

Kontaktdaten
 Vorname:
 Nachname:
 Straße & Hausnummer:
 Postleitzahl & Ort:
 Telefonnummer:
 E-Mail:
 Campus: Kleve

Finanzantrag

Erstattung auf folgendes Konto
 Kontoinhaber*in:
 Kontonr./IBAN:
 Bankleitzahl/BIC:
 Kreditinstitut:

Vorauszahlung der Kosten

AStA-Mitglied
 Referat: Finanzreferent
 Campus: Kleve

Fachschaftsratsmitglied
 Fakultät: Life Sciences

Studierendenparlamentsmitglied

<u>Seiten Zahl</u>	<u>Verwendungszweck & Kommentar</u>	<u>Betrag</u>

Gesamtbetrag: __, __ €

Antrag Kostenerstattung

Hiermit bestätige ich als Antragsteller*in dass alle Angaben korrekt und wahrheitsgetreu angegeben wurden.

Ort, Datum,

*Unterschrift Antragsteller*in*

Hiermit bestätige ich als direkter Vorgesetzte*r dass alle Angaben abgesprochen waren, dem Sinn und Zweck unserer Institution dienen und im Sinne der Studierendenschaft geschehen.

Empfangen am:

Kommentar:

Ort, Datum,

*Unterschrift direkter Vorgesetzte*r*

Hiermit bestätige ich als Finanzreferent dass der Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt ist und der dafür vorgesehene Posten im Haushaltsplan über die nötigen finanziellen Mittel verfügt.

Empfangen am:

Kommentar:

Ort, Datum,

*Finanzreferent*in*

Hiermit bestätige ich als Kassenwart dass die Angaben übereinstimmen und die Buchung wie aufgelistet durchgeführt werden.

Empfangen am:

Kommentar:

Ort, Datum,

*Unterschrift Kassenwart*in*