Vers.: 18.06.19

BRSNW e.V. Abrechnungsformular

BRSNW
Behinderten- und Rehabilitationssportverband Nordrhein-Westfalen e.V.

Kostenstelle:

Ort / Datum :

Vor- und Zuname:		Funktion im Verband:	
PLZ / Wohnort:		Straße / Haus-Nr.:	
Telefon:		E-Mail:	

Abrechnungsbereich

Datum	Tätigkeit	Ort / Maßnahme	Tage/LE	Betrag	Summe

Summe (Abrechnungsbereich) **€**

Reisekosten

Datum	ÖPNV oder PKW	Kfz-Kennzeichen	Kosten ÖPNV	PKW gefahrene km	Grund	Summe
					Hinweise: 1. Bei Auswahl von "8) Kein Grund" wird jeder KM >50 nur mit 0,20 € berechnet. 2. Nachweis der Kosten (Routenplanung, Bahnausdruck...) bitte einreichen.	
						€
						€
						€
						€
						€

Summe (Reisekosten) **€**

Mitfahrer*in (Name)	Funktion	PKW gefahrene km		Summe
				€
				€
				€
				€
				€

Summe (Reisekosten Mitfahrer*in) **€**

Sonstige Auslagen (Belege im Original als Anlage beifügen)

Datum	Auslage	Begründung	Summe
			€
			€
			€
			€
			€

Summe (Sonstige Auslagen) **€**

Gesamtsumme **€**

Kontoinhaber*in:	
Bankverbindung:	
IBAN:	

Vergütungen, Sitzungsgelder, Spesen und Honorare sind nicht steuerlich begünstigt u. können daher nicht steuerfrei durch den BRSNW gezahlt werden. Wir weisen darauf hin, dass ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dafür selbst verantwortlich sind.

Durch die Unterschrift wird die Richtigkeit der Angaben versichert.

Eigenhändige Unterschrift

------ wird von der BRSNW-Geschäftsstelle ausgefüllt ------

Geprüft (sachlich)

Ausgezahlt bzw. überwiesen am:

Ort, Datum Unterschrift

Zahlungsanweisung

Die Verbandsgeschäftsstelle wird beauftragt, den Betrag von ----> **€** auszuzahlen bzw. zu überweisen.

Rechnerisch richtig:

Ort, Datum Unterschrift