An die

Hessische Bezügestelle Kassel -

Reisekostenabteilung -

HESSEN

Fahrtenübersicht

Name: ______________________ Zeitraum: ______________________

Wohnort: ______________________ Dienststelle: ______________________

Personalnr. ______________________ Dienstort: ______________________

Reisedatum	Ort des Beginns der Reise	Zielort der Reise	abrechn.-fähige km	Prüfung (HBS)

Gesamt: 0 km

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben im Formular Fahrtenübersicht.

Datum Unterschrift

© HBS Kassel 2017 | Reisekostenabteilung