

## DGPPN Reisekostenabrechnung

(lt. VS-Beschluss vom 25.07.19, gilt für Sitzungen ab 01.09.19)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,  
 Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)  
 Buchhaltung  
 Reinhardtstraße 27B  
 10117 Berlin

### Persönliche Angaben

Name, Vorname

Kreditinstitut

IBAN

BIC/Swift

Reisegrund/-datum

Abfahrtsort

Ziel

### Fahrtkosten

Betrag in EUR

Prüfung GS

Bahn (2. Klasse)

Flugzeug (Economy-Class)

Privat-PKW (pauschale 0,30€/km, max. 250,00 EUR)

ÖPNV / Taxi (max. 50,00 EUR)

Parkhaus

### Übernachungskosten

Übernachtung/Frühstück (Höchstsatz Inland 150,00 € inkl. MwSt.)

### Gesamtsumme

Anmerkung: Für alle zu erstattenden Kosten sind die **Originalbelege** beizufügen und die Reisekostenabrechnung innerhalb **von 3 Monaten** vorzulegen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bitte um Überweisung des Gesamtbetrages auf das oben genannte Konto.

\_\_\_\_\_  
 Ort/ Datum, Unterschrift Reisende/-r

\_\_\_\_\_  
 geprüft/ Unterschrift DGPPN Geschäftsstelle