

Antragstellende Person

Name, Vorname	Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Privatanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
Bankverbindung IBAN	Ende DE-IBAN ↑	BIC ¹ (8 oder 11 Stellen)
Kreditinstitut (Name, Ort, Anschrift ¹)		

Antrag auf Fahrtkostenerstattung für Mitwirkende Lehrkräfte²

Die Ausschlussfrist für die Reisekostenabrechnung endet **6 Monate** nach Beendigung der Dienstreise!

1. Angaben zum Dienstort

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Schule (Name)
Anschrift der Schule (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

2. Dienstreise

Reiseziel Universität Oldenburg			Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Bahn/Bus – Belege im Original beifügen – <input type="checkbox"/> priv. Kfz (20/25 ³ Cent/km), Höchstbetrag 100,00/125,00 ³ Euro					
Datum	Abfahrt (Uhrzeit)	Abfahrt (Wohn-/Dienstort)	Institution (Name, Ort)	Ankunft (Uhrzeit)	Ankunft (Wohn-/Dienstort)	genutztes Verkehrsmittel	km hin und zurück (priv. PKW)	Fahrtkosten in Euro
			Universität Oldenburg					
			Universität Oldenburg					
			Universität Oldenburg					
			Universität Oldenburg					
			Universität Oldenburg					
			Universität Oldenburg					
			Universität Oldenburg					
			Universität Oldenburg					
			Universität Oldenburg					

¹ BIC und Anschrift des Kreditinstitutes angeben, falls IBAN nicht mit DE beginnt.

² im Rahmen der Lehrkräftebildung (fachdidaktische/bildungswissenschaftliche Seminare) und/oder der Schulpraktischen Studien gem. Beauftragung durch RLSB Osnabrück für Lehrkräfte mit Wohn- und Dienstort außerhalb Oldenburgs. Eine gesonderte Dienstreisegenehmigung entfällt.

³ Gemäß [Runderlass des MK](#) gelten für Dienstreisen von Beamt*innen im Zeitraum vom 01.10.2022 bis zum 31.12.2024 abweichende Beträge.

Datum	Abfahrt (Uhrzeit)	Abfahrt (Wohn-/Dienstort)	Institution (Name, Ort)	Ankunft (Uhrzeit)	Ankunft (Wohn-/Dienstort)	genutztes Verkehrsmittel	km hin und zurück (priv. PKW)	Fahrtkosten in Euro
			Universität Oldenburg					
			Universität Oldenburg					
			Universität Oldenburg					
			Universität Oldenburg					
Bei Pkw-Nutzung: km/Fahrtkosten gesamt:								

Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit der o. g. Angaben. Die eingesetzten Kosten sind mir tatsächlich entstanden.

Datum, Unterschrift (Antragstellende Person)

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Frau Fickenfrerichs, Tel.: 0441 798-3037 oder Frau Hallmann, Tel.: 0441 798-3041.

Prüfung Finanzstellenverantwortliche*/Leitung DiZ

Haushaltsmittel stehen zur Verfügung

ja nein bis max. Euro

Finanzstelle										Kostenstelle						Fonds		
6	0	2	4	2	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	1	0	0	HH

Sachlich richtig

Name, Vorname

Michaelis, Julia

Datum, Unterschrift

Bitten senden Sie den Antrag mit Anlagen an Dezernat 2, Abt. 2.3, Gebäude V01.