Name ∙ Straße/Hausnummer ∙ PLZ/Ort

DPSG Deutscher Pflegetag

Servicegesellschaft mbH

Mohrenstraße 34

10117 Berlin

Ort, Datum

**Auslagenerstattung Reisekosten  
Rechnungsnummer:** Rechnungsnummer

Ich bin nicht umsatzsteuerpflichtig nach §19 UstG.

Im Rahmen meiner Tätigkeit als Referent/in/Moderator/in auf dem Deutschen Pflegetag am Datum in Berlin berechne ich Ihnen die folgenden Reisekosten

|  |  |
| --- | --- |
| Reisekosten Kilometerpauschale 0,00 km x 0,30 € | 0,00 € |
| Reisekosten (Originalbelege inkl. MwSt. liegen bei) | 0,00 € |
| **Gesamtsumme** | 0,00 € |

Bitte überweisen Sie den Betrag von 0,00 € an folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber/in        
IBAN

BIC

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift