

Kostenübernahme-Formular



Von Lehrbeauftragten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Lehraufgaben und sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern benötigen wir innerhalb von 14 Tagen nach Buchung das von Ihrer Dekanin/Ihrem Dekan unterschriebene Kostenübernahme-Formular.

Frau/Herr: _____

Hochschule: _____

Fakultät: _____

- Lehrbeauftragte oder Lehrbeauftragter
- Mitarbeiterin oder Mitarbeiter
- wissenschaftliche Mitarbeiterin oder wissenschaftlicher Mitarbeiter

Datum	Titel der Veranstaltung	Teilnahmegebühr

Die Unterzeichnerin/der Unterzeichner stimmt den Teilnahmebedingungen zu und bestätigt die Übernahme der Teilnahmegebühr durch die Fakultät/Hochschule.

Die Reise- und Hotelkosten ...

- ... sind selbst zu tragen.
- ... werden gemäß BayRKG von der Fakultät/Hochschule übernommen.

Ort, Datum

Unterschrift Dekan/in