

Fahrtkostenerstattung



GeNeMove Netzwerksekretariat
Frau Handschuck
Abt. Neurodegeneration und
Neurorestaurationsforschung
Waldweg 33

37073 Göttingen

Name, Vorname: _____ (behandelnder Arzt / Ärztin)

Straße: _____

Klinik: _____

Probanden-Code: _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ (rekrutierter Proband/Patient)

Im Namen eines für GeNeMove rekrutierten Patienten/Probanden erbitte ich die Erstattung der für den Patienten/Probanden entstandenen Fahrtkosten in Höhe von

€ _____

(Bahnfahrkarte 2. Klasse oder € 0,22 pro Kilometer)

Ich bitte um Überweisung des Betrages auf unten genanntes Konto. Ich werde den Betrag umgehend an den Patienten/Probanden weiterleiten.

Kontoinhaber _____

Bank: _____

BLZ: _____

Kontonummer _____

Verwendungszweck: _____

Datum, Unterschrift



Stempel