

## **Antrag auf Kostenerstattung**

### **Fachschaftsinitiative Medizin – Kanüle e.V.**

Turnstraße 7

91054 Erlangen

E-Mail: [fsi@kanuele.de](mailto:fsi@kanuele.de)



*Damit eine Erstattung erfolgen kann, bitte alle Felder bis zur Linie ausfüllen:*

Vor und Nachname: .....

IBAN: .....

Bank: .....

Betrag: ..... EUR

Anlass: .....

Unterschrift: .....

Belege anbei getackert:  oder Eigenbeleg, da keine Belege vorhanden:

*Bis hierhin ausgefülltes Formular bitte an den Finanzler des Vereins weiterleiten.*

---

### **Anmerkungen:**

Datum der Überweisung: .....

In Bilanz eingetragen:

Unterschrift Finanzler: .....