

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg Vorpommern
Abteilung Sicherstellung
Postfach 16 01 45
19091 Schwerin



**Antrag auf Fahrtkostenunterstützung
für das Blockpraktikum außerhalb der Universitätsstadt**

- Antrag ist spätestens 4 Wochen nach Absolvierung einzureichen -

Ich beantrage.....

Name, Vorname der/des Studierenden (bitte in Druckbuchstaben)

die Übernahme der Fahrtkostenerstattung für die Teilnahme am Blockpraktikum in

der Zeit vom: _____ bis: _____

in der hausärztlichen Praxis von:

Praxisstempel und Unterschrift !

Ich bin mit folgenden Verkehrsmitteln gefahren (bitte alle Fahrkarten beilegen bzw. bei Fahrgemeinschaften Namen der Mitfahrer angeben):

- Öffentliche Verkehrsmittel (Belege sind im Anlageblatt 1 beizufügen)
- eigener/zur Verfügung gestellter PKW

.....

Sonstige Bemerkungen/Informationen:

.....
.....
.....
.....

Mit dem eigenem PKW zurückgelegte Kilometer (einfache Entfernung):

Datum	Kilometer	Datum	Kilometer
Summe Kilometer:			

Angaben zur/m Studierende/n :

Name:	Vorname:
PLZ/Ort	
Straße/Nr.	
Tel. Nr.	
Konto Nr.	
BLZ	
IBAN	
BIC	
Name der Bank	
Matrikelnummer	
Student der Uni Rostock: <input type="checkbox"/>	Student der Uni Greifswald: <input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

.....
(Ort/Datum/Unterschrift)

Wird vom Institut für Allgemeinmedizin ausgefüllt!! (Fahrkostenerstattung in Höhe von 0,20 €/km)

einfache Entfernung (Wohnort/Praxissitz):km

Anzahl Termine:

Fahrkosten insgesamt: €

ggf. sonstige Hinweise:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Geprüft am

(Datum)

.....

(Stempel + Unterschrift - Institut für Allgemeinmedizin)

Die Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel wird anhand der Fahrkarten wie folgt belegt (bitte aufkleben):

- Hinweis: nur eingereichte Belege können berücksichtigt werden