SC Gut Heil Neumünster von 1881 e. V.

Abrechnung / Wettkampf, sonstige Auslagen

Name, Vorname:_____

Bank:_____ IBAN _____

	Angaben	**Summe**
Wettkampf		
Ort		
Fahrtkostenpauschale	(Gefahrene km: _____)	
Startgeld*		
Übernachtungspauschale*		
Spesenpauschale*		
Sonstiges		

*bitte Quittung beilegen

Summe **Euro**
==========

Ich bitte um Erstattung der Auslagen:

_____ _____
Datum Unterschrift

Wurden andere Athletinnen/Athleten mitgenommen? ω ja **
ω nein

** Namen: _____ _____ _____

_____ _____ _____