



SÜDDEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

Bitte zurück an:

Herrn  
Dr. med. Markus Kratz  
Klinikum Mittelbaden  
Klinik für Kinder- und Jugendliche  
Balger Straße 50  
76532 Baden-Baden

**REISEKOSTENABRECHNUNG**

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**VERANSTALTUNG:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abfahrt am: \_\_\_\_\_ Rückkehr am: \_\_\_\_\_

PKW (0,30 € /KM): \_\_\_\_\_ €

\*Bahn(1.Klasse): \_\_\_\_\_ €

\*Übernachtung/en \_\_\_\_\_ €

Sonstiges: \_\_\_\_\_ €

SUMME: \_\_\_\_\_ €

\*Originalbelege ggf. Begründung beifügen

**BANKVERBINDUNG:**

IBAN:

---

BIC:

---

Bank:

---

Datum:

Unterschrift:

---

