



Fahrtkostenerstattung für den Einsatz der Hebammenschülerinnen im  
Marien Hospital Bonn (KRS, KiKlinik) u.  
Kinderkliniken Köln: Uniklinik und Amsterdamerstr., ausgenommen sind Externate

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Kurs: \_\_\_\_\_

Einsatzort Adresse: \_\_\_\_\_

Abfahrtsort: Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Zeitzuschläge die im Außeneinsatz anfallen:  
(bitte die Gesamtstunden eintragen!)

Lohnart	Zeitzuschlag	Anzahl der Gesamtstunden:
2903	Sonntag zwischen 00:00 - 24.00h	
2931	Nacht (tägl.): zwischen 21:00 -6:00	
2912	Feiertag	

**(Bitte legen Sie diesem Formular Ihren unterschriebenen Stundennachweis der Kinderklinik vor!)**

Fahrtkostenerstattung / Entschädigung bei Ausbildungsfahrten nach Anlage 7§ 4AVR

Zeitraum	Anlass und Ziel der Fahrt	Gefahrene km gesamt
vom: _____ bis: _____	Ausbildungseinsatz in der Kinderklinik	

**Erstattet wird die kostengünstigere Variante zwischen Kilometergeld und dem Preis für öffentliche Verkehrsmittel.**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Schülerin**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Schulleiterin/Vertreterin**

**Bitte reichen Sie den Erstattungsbogen innerhalb von vier Wochen nach Ende Ihres Einsatzes in der Personalabteilung ein!!!**