Pers.-Nr. _____ Fahrzeug: _____ Blatt Nr.

REISEKOSTENABRECHNUNG Name: _____ für die Zeit vom _____ bis _____

Datum/Tag	Abfahrt/Ankunft Uhrzeit		Kunde	Reiseroute (von – nach – über)	Gefahrene km	Betrag (km x € 0,30)
S U M M E						

Datum: _____ Unterschrift Mitarbeiter: _____Unterschrift Unternehmer: _____

Kilometergelderstattung