An das

Regierungspräsidium Kassel - Bezügestelle

- Reisekostenabteilung -

HESSEN

Fahrtenübersicht

Name: _____ Zeitraum: _____

Wohnort: _____ Dienststelle: _____

Personalnr. _____ Dienstort: _____

Reisedatum	Ort des Beginns der Reise	Zielort der Reise	abrechn.-fähige km	Prüfung (RP KS)

Gesamt: 0 km

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben im Formular Fahrtenübersicht.

Datum Unterschrift