

**Reisekostenabrechnung nach
Reisekostenregelung des BVÖGD
ab 01.10.2025**



**Bundesverband der Ärztinnen
und Ärzte des Öffentlichen
Gesundheitsdienstes e.V.**

Name _____ Vorname _____
Anschrift _____
E-Mail _____ Funktion _____
(Vorstand, FA-Sprecher, wiss. Beirat, etc.)

Reisegrund _____

Reisebeginn:

Ort _____ Datum _____ Zeit _____

Reiseziel:

Ort _____ Datum _____ Zeit _____

Reiseende:

Ort _____ Datum _____ Zeit _____

Verkehrsmittel: Bahn/ÖPNV PKW Sonstiges (Mehrfachwahl möglich)

Gefahrene Kilometer: _____ km

PKW: 80€ je Fahrt
Bahn: 2. Klasse 90 € je Fahrt plus Sitzreservierung & ÖPNV

Ticket Kosten (ÖPNV) (PDF-Beleg/e bitte beifügen)

Erstattungsfähige Nebenkosten:

Übernachungskosten (PDF-Beleg/e bitte beifügen)

Überweisung bitte auf das Konto:

Genaue Kontobezeichnung _____

IBAN _____ Datum _____

BIC _____

Bank _____ Unterschrift _____

Ich versichere, dass ich keine Kostenübernahme für die hier angegebenen
Reisekosten von anderer Seite erhalten habe, bzw. beantragen werde.