****

**Antrag auf Reisekostenerstattung**

Warnstreik TV-Ärzte-TDL am 30.01.2024 in Hannover

Mitgliedsnummer ……….

Nummer

Antragsteller ……….

Name, Vorname

……….

Strasse, Hausnummer

……….

PLZ Ort

Fahrtkosten Bahn-Ticket (bitte beilegen) ……….

Parkgebühren ……….

Die Reisekostenerstattung ist auf die Höhe der Kosten für eine Bahnfahrt 2. Klasse beschränkt

Die Erstattung der Reisekosten ist an die Voraussetzung an eine zum Streiktag vorhandene Mitgliedschaft im MB gebunden.

Kontoverbindung ……….

Name der Bank

……….

IBAN

……….

BIC

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

Datum und Unterschrift Antragsteller E-Mail-Adresse bei Rückfragen