

Leistungserbringer/Aussteller:

Rechnungsdatum: _____

Name: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Steuernr.: _____

SV-Nr: _____

UID-Nummer: _____

An (Leistungsempfänger):

Österreichische Kardiologische Gesellschaft e.V.
p.A. Universitätsklinik für Innere Medizin II
Abteilung für Kardiologie
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien



ÖKG
Österreichische
Kardiologische
Gesellschaft

Reisekostenabrechnung

Name und Datum der Veranstaltung:

Arbeitsgruppe: _____

Allgemeines ÖKG-Konto

Mit der Bitte um Refundierung von:	Betrag:
Summe EUR	

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift: _____

Bankverbindung: _____

lautend auf: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Die Originalbelege zu obiger Aufstellung liegen bei.