

Antrag auf Fortbildung Dienstreise F.GF.HV.10.03

Gültigkeit/Verteiler:

X														
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re	

☐ **Fortbildung (FB) / Bildungsurlaub (BU)**

☐ **Dienstreise**

___ **BU-Tage aus 20** ___

___ **BU-Tage aus 20** ___

___ **zusätzliche FB-Tage genehmigt** _____

Datum/Unterschrift GF

Name, Vorname TN:	
Abteilung:	
Dat. Veranstaltung:	
Ort Veranstaltung:	
Bezeichnung der Veranstaltung:	
Begründung der Teilnahme:	

Kostenübernahme wird beantragt

☐ **ja**

☐ **nein**

Kosten Schulungsteilnahme ☐ intern ☐ extern (NEU: Für die Kostenerstattung muss die Rechnung auf die HolsingVital GmbH ausgestellt sein!)	_____ €
Fahrtkosten:	☐ entfällt _____ €
Übernachtung/Frühstück: (NEU: Für die Kostenerstattung muss die Rechnung auf die HolsingVital GmbH ausgestellt sein!)	☐ entfällt _____ €
Gesamtkosten:	_____ €
Kostenübernahme durch HolsingVital in Höhe von:	_____ €

Bitte beachten:

Die Kosten für die Schulung/Seminar werden nach Genehmigung vorab von der Verwaltung beglichen.

Die Kostenabrechnung für evtl. Übernachtungskosten sowie für evtl. Fahrkosten erfolgt im Anschluss an die Schulung/Dienstreise nach Vorlage des Formulars F.GF.HV.31.05

Datum/Unterschrift/Teilnehmer

Datum/Unterschrift GF