Bitte in Block- oder
Maschinschrift ausfüllen

Österreichischer Gehörlosen Sportverband
Josef-Höflegasse 34
2500 Baden bei Wien

# FUNKTIONÄRSABRECHNUNG

NAME:

ANSCHRIFT:

ART DER VERANSTALTUNG:

ORT und DATUM:

| FAHRTKOSTEN<br>Strecke von - bis / km | TAGESGELD | NÄCHTIGUNG<br>(mit Beleg) | GESAMTBETRAG |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | **SUMME:** | €0,00 |

Bankinstitut:

Konto-Nummer:

Bankleitzahl:

Datum (eigenhändige Unterschrift)

Vermerk für Kassa:

erledigt am : _____