

Aufwandsentschädigung
der Landesapothekerkammer Hessen
und des Versorgungswerkes
(für ehrenamtliche Tätigkeit)

**Randspalte bitte
nicht beschriften**

Name _____

Art der Sitzung

_____ am _____ in _____

Abwesenheit von _____ Uhr bis _____ Uhr

1. Aufwandsentschädigung _____ € _____

2. Verpflegungsmehraufwand _____ € _____

3. Übernachtungskosten _____ € _____
(Originalbeleg)

4. Fahrtkosten

a) öfftl. Verkehrsmittel _____ € _____
(Originalbeleg)

b) eigener PKW _____ km € _____

5. Sonstige Kosten _____ € _____
(Originalbeleg)

_____ € _____

- Ohne Originalbelege keine Kostenerstattung -

- Ich versichere, dass an diesem Tag seitens meines Arbeitgebers keine Freistellung bei Fortzahlung der Bezüge vorgelegen hat (Arbeitnehmer) oder
- Ich versichere, dass an diesem Tag während meiner Abwesenheit die Apotheke dienstbereit war und ich in der Apotheke vertreten wurde (Selbstständige) oder
- Ich versichere, dass ich für diesen Tag einen Aufwand in folgender Höhe _____ € hatte, Originalbelege sind entsprechend beigefügt. (Selbstständige ohne eigene Apotheke).

Bitte überweisen Sie den Betrag auf das folgende Konto:

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

(Unterschrift)

Rechtsgrundlage ist die Entschädigungssatzung der Landesapothekerkammer Hessen und des Versorgungswerkes, in Kraft getreten am 01.01.2020, zuletzt geändert durch Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesapothekerkammer am 24.06.2020.

Die Entschädigungssatzung sowie die Richtlinie zur Entschädigungssatzung finden Sie auf unserer Homepage auf <https://www.apothekerkammer.de/recht/rechtsgrundlagen/>

Ihre Daten werden zu Abrechnungszwecken gemäß § 3 HDSIG gespeichert.