

**Abrechnung Studienfahrt**

**KEB Regen**

Kirchplatz 18, 94209 Regen, Tel. 09921 7814, Fax: 09921 8358

www.keb.regen.de, keb.regen@bistum-passau.de

**Termin Datum (am oder von bis)**

|  |  |
| --- | --- |
| Termin |  |
| Reiseziele |  |

**Führung(en) bzw. Besichtigung(en)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Dauer der Führung (von - bis) | Inhalt (z.B. Kirchen- oder Stadtführung) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Verantwortlich für die Studienfahrt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pfarrei / Verband: |  | |
| Name d. Verantwortlichen |  | Tel.: |

**Bankverbindung Zuschussempfänger**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kontoinhaber/in | Iban: | BIC: | Bankname |
|  |  |  |  |

Die Rechnung für den Bus liegt bei.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum Unterschrift