|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antrag auf Reisekostenerstattung DVAG** |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *PLZ, Ort, Datum*  |
| Hinweis: Ich willige hiermit in die Erhebung meiner nachfolgend erhobenen Daten ein. Die Erhebung dient - der automatisierten Berechnung der Leistungen nach dem Wehrsoldgesetz - der automatisierten Abrechnung des Verpflegungsgeldes und Teilnahme am Erfassungssystem Verpflegung - der automatisierten Abrechnung des Auslandsverwendungszuschlages einschließlich der Erstellung eines Nachweises. Die personenbezogenen Daten werden ausschließlich zu diesen Zwecken erhoben und gespeichert. Ohne die Erhebung meiner personenbezogenen Daten ist die Berechnung meiner Ansprüche nach dem Wehrsoldgesetz (Wehrsold, Entlassungsgeld u.a.) und dem Bundesbesoldungsgesetz (Auslandsverwendungszuschlag) bzw. die Teilnahme als Mitverpflegter an der Verpflegung nicht möglich. Mir ist bekannt, dass die zur Abwicklung des bargeldlosen Zahlungsverkehrs erforderlichen Angaben an die zuständige Bundeskasse zur weiteren Abwicklung übermittelt werden. Bei Besoldungsempfängern werden Nachweise über die erfolgte Zahlung des Auslandsverwendungszuschlages an die für die Besoldung zuständige Wehrbereichsverwaltung gesandt. Die Löschung meiner Daten erfolgt entsprechend der haushaltsrechtlichen Bestimmungen. |
|  LKdo NW/FwRes Augustdorf |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| *Einheit/Dienststelle*  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *DVag Nummer* |  |  |  |  |  |
| SF Nolte, Tel. 05237 / 91-2337 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Ansprechpartner, Erreichbarkeit* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   | *laufende Nummer auf DVag Liste* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *für die Zeit von - bis* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dienstgrad/Amtsbez.**  | **Name**  | **Vorname**  | **Personenkennziffer**  |
|  |  |  |  |
| **Anschrift (Straße, HausNr)** | **Wohnort (PLZ, Ort)**  | **Personalnummer**  |
|  |  |  |
| **IBAN** | **BIC** |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Reiseverlauf** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hinfahrt am** |  |  | **von - nach** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |
| **Hauptreisemittel** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **zurückgelegte Strecke (km) bzw. entstandene Kosten** |
|  |  | privates Kfz |  | ÖPNV |  | Mitfahrer |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| **Rückfahrt am** |  | **von - nach** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |
| **evtl. Mitfahrer** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **zurückgelegte Strecke (km)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | privates Kfz |  | ÖPNV |  | Mitfahrer |  |  |   |
|  |  |  |   |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Berechnung**  |
|   |
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Belegnummer:** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. |  |  |  |  | Die Angaben zur Person |  |  |  |  | sachlich und rechnerisch richtig |
|  |  |  |  |  | sind richtig |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Datum, Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin |  |  |  |  | Datum, Unterschrift Name, Dienstgrad |  |  |  |  | Datum, Unterschrift des Rechnungsführers |