

NACHWEIS über durchgeführte Prüfungen

im Institut _____

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Semester _____

Jahr _____

Nur bei
Änderun-
gen und
erstmalig
auszu-
füllen!!!

IBAN

BIC

Kreditinstitut _____

Datum	Uhrzeit von ... bis ...	Art der Prüfung	Name des Prüflings	Stunden	Fahrten
Summe					

Datum und Unterschrift Lehrbeauftragte*r _____ Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum und Unterschrift Institutsleitung _____ Ich bestätige die Richtigkeit der o. g. Angaben.

Nur von der Verwaltung auszufüllen.

Kontierung Kapitel/Titel/UT/Kostenstelle

7175/429 /UT / andere _____

0770/429 /UT / _____

	KTr	Std.	KoA	Beträge	KTr	Std.	KoA	Beträge
Gesamtstundenzahl _____			1631	/1632			1603	/1613 (u.a.)
Stundensatz _____								
Vergütung in EUR _____								
Vergütung in EUR _____								
Reisekosten in EUR _____								
Summe in EUR _____								

Datum, Unterschrift _____