

Zum Az.: II/ DU		Datum
Name, Vorname	Geburtstag	Telefon tagsüber
Anschrift	Dienstherr	

Kommunaler Versorgungsverband
 Mecklenburg-Vorpommern
 Fachbereich II
 Knooper Weg 71
 24116 Kiel

Übernahmeantrag für Aufwendungen zum Dienstunfall vom

(ausgen.: Sachschaden - s. § 32 LBeamtVG M-V und § 27 Abs. 3 Satzung des VM-V)

--

Zusammenstellung der Aufwendungen (Sp. 5 und 6 bei der Antragstellung nicht ausfüllen)

Beleg Nr.	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag EUR	Rechnungssteller	Rechnerisch richtig mit EUR	Begründung
1	2	3	4	5	6
Gesamtbetrag			Anweisungsbetrag		

<input type="checkbox"/> Auf die hiermit beantragten Aufwendungen habe ich eine Abschlagszahlung aus Mitteln der Dienstunfallfürsorge erhalten.	am (Datum)	EUR
<input type="checkbox"/> Auf die hiermit beantragten Aufwendungen habe ich folgende Leistungen (Versicherungs-/Ersatzleistungen) erhalten.	Beleg-Nr.	EUR
Erstattende Stelle		

Ich versichere, dass ich für die aufgeführten Aufwendungen eine Beihilfe nach den Beihilfevorschriften weder erhalten noch beantragt habe.

Ich bitte um Überweisung der Dienstunfallfürsorgeleistungen auf folgendes Konto:

Kreditinstitut:
IBAN:
ggf. Buchungs-Text:

Kontoinhaber:

- Antragstellerin bzw. Antragsteller
 Dienststelle

Unterschrift
