



# Kraniopharyngeom-Gruppe

Die Selbsthilfegruppe  
von Betroffenen - für Betroffene



Tel.: 0228/688 46 0  
Tel.: 0228/688 46 0

And die

Deutsche Kinderkrebsstiftung  
Adenauerallee 134  
53113 Bonn

**Bitte beachten Sie:**

**Eine Rückerstattung hängt direkt von unseren Spendeneinnahmen ab. Sie kann deshalb nur bei ausreichender Deckung zugesagt werden.**

## Antrag auf Fahrkostenerstattung/Übernachungskosten

Ich bitte, meine/unsere Fahrkosten zum 12. Familientreffen der Kraniopharyngeom-Gruppe vom 18. bis 20. September 2009 in Bad Sassendorf zu erstatten.

Meine Einkommensverhältnisse würden eine Teilnahme nicht gestatten.

Ich bin  Student/in (bitte Studienbescheinigung beifügen)  
 Auszubildende/er (bitte entsprechende Bescheinigung beifügen)  
 arbeitslos (bitte entsprechende Bescheinigung vom Amt beifügen)

Ich werde  mit der Bahn fahren (bitte Fahrkarte im Original beilegen)  
 mit dem PKW fahren (Fahrkosten werden mit 21 Cent/Km vergütet)

(Die Übernachtungskosten werden direkt mit Haus Düsse abgerechnet.)

Gesamter Rückerstattungsbetrag in € .....

| Bankverbindung      | Antragsteller<br>(und alle weiteren Teilnehmer, für die dieser Antrag gilt.) |
|---------------------|--|
| Bank: _____         | Name: _____<br>_____   |
| BLZ: _____          | Anschrift: _____   |
| Kontoinhaber: _____ | Tel. (Für Rückfragen): _____   |
| Kontonummer: _____  | E-Mail: _____  |

Datum ..... Unterschrift .....