

Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
z.Hd. Univ.-Prof. Dr. Dr. Marschik
Von-Siebold-Straße 5
37075 Göttingen, Deutschland

Betreff: Abrechnungsformular zur Erstattung anfallender Kosten für Porto, USB-Stick, SD-Karte, DVD

Name, Vorname	Anschrift	Telefon (für Rückfragen)

Für die Teilnahme an der „TSC-Videostudie“ sind mir folgende Kosten entstanden.

Ausgabegrund (z.B. Porto)	Betrag
	€
	€
	€
Gesamtbetrag	€

Ich bitte Sie, mir die entstandenen Kosten auf mein nachfolgend genanntes Konto zu erstatten.

Name (Kontoinhaber*in): _____

IBAN: _____

BIC: _____

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift (Name)