**(Vom Kontoinhaber auszufüllen)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|   |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Name des Antragstellers: |
| : |
| Klinik / Institut / Einrichtung: |
| Straße / Hausnummer: |
| PLZ/Ort: |
| Ansprechpartner (AP) fürKostenkontrolle: |
| : |
| Rechnungsempfänger: |
| **(nur von Kliniken und klinischen Instituten auszufüllen)** Kostenstelle: |
| **(nur von Kliniken und klinischen Instituten auszufüllen)** Finanzstelle: |

Finanzierung erfolgt über **(bitte zutreffendes ankreuzen)**:

Drittmittel d. Klinik □ Klinikhaushalt □ Universität □ Externe □ IZKF €

(zzgl. gesetzl. MwSt.) (Planungssumme)

Die Budgetverantwortung liegt beim Kostenstellen-, bzw. Drittmittelverantwortlichen. Änderungsanzeigen der Kontierungsdaten sind schriftlich einzureichen und finden ab dem darauffolgenden Monat Berücksichtigung.

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers: Unterschrift des AP für Kostenkontrolle:

Für Rückfragen steht Ihnen Frau Engelbreit-Reize, Klinikverwaltung, zur Verfügung:

Telefonnummer: 0931 - 201 - 55089, E-Mail: [Engelbreit\_D@ukw.de](Engelbreit_D%40ukw.de)

**Änderungsanzeige zum Abbuchungsauftrag vom**

 (Datum)

**Wir bitten ab kommenden Monat auf folgende Daten abzurechnen:**

Finanzierung erfolgt über **(bitte zutreffendes ankreuzen)**:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|   |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Name des Antragstellers: |
| : |
| Klinik / Institut / Einrichtung: |
| Straße / Hausnummer: |
| PLZ/Ort: |
| Ansprechpartner (AP) fürKostenkontrolle: |
| : |
| Rechnungsempfänger: |
| **(nur von Kliniken und klinischen Instituten auszufüllen)** Kostenstelle: |
| **(nur von Kliniken und klinischen Instituten auszufüllen)** Finanzstelle: |

Drittmittel d. Klinik □ Klinikhaushalt □ Universität □ Externe □ IZKF €

(zzgl. gesetzl. MwSt.) (Planungssumme)

Die Budgetverantwortung liegt beim Kostenstellen-, bzw. Drittmittelverantwortlichen. Datum

Unterschrift des Kontoinhabers: Unterschrift des AP für Kostenkontrolle: