|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Erstattungen extern (Reisekosten, Auslagenerstattung usw.) |

**1. Anwendungsbereich:**

Dieses Formular dient ausschließlich **zur Abrechnung für Nichtunternehmer** nach dem Umsatz-steuergesetz (UStG).

Falls Sie **Unternehmer** (§ 2 UStG) sind, gegebenenfalls eine eigene Umsatzsteueridentifikationsnummer (USt – IdNr.) besitzen oder im Auftrag eines Unternehmens tätig sind, **benötigen** wir **dieses Formular nicht**, sondern **eine Rechnung nach § 14 UStG,** die auf das **Universitätsklinikum Würzburg** auszustellen ist.

**Wichtig:**

In dieser Rechnung sind unter anderem der **korrekte Steuerbetrag** und im Falle einer Umsatzsteuerbefreiung ein **Hinweis auf den Steuerbefreiungsgrund** anzugeben.

**2. Auftraggeber / Veranstalter / Leistungsempfänger:**

Universitätsklinikum Würzburg

GB1

Maike Fecher

BMBF-geförderte Advanced Clinician Scientist-Austauschplattform

Josef-Schneider-Str. 2

97080 Würzburg

**3. Auftragnehmer / Leistungserbringer:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Steuernummer

**(Pflichtangabe):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Privatadresse:

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Begründung der Zahlung (Anlass)**

Teilnahme am Netzwerktreffen der BMBF-geförderten Advanced Clinician Scientist-Austauschplattform am 22. und 23. Mai 2025 in Würzburg

**5. zu erstattende Kosten**

Flug \_\_\_\_\_\_\_\_\_€

Bahn \_\_\_\_\_\_\_\_\_€

privat PKW \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_km x 0,30€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_€

Parkgebühr \_\_\_\_\_\_\_\_\_€

Taxi \_\_\_\_\_\_\_\_\_€

Hotel \_\_\_\_\_\_\_\_\_€

Tagegeld \_\_\_\_\_\_\_\_\_€

Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_€

**Rechnungsbelege sind im Origina**l der Auslagenerstattung **beizufügen**, da **sonst keine Erstattung** erfolgen kann.

**6. Bankverbindung**

Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag in Höhe von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € auf folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Konto Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIC/Swift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Eigenerklärung**

Hiermit bestätige ich, dass ich keine Unternehmereigenschaften nach dem UStG habe. Darüber hinaus verpflichte ich mich den aus der Erstattung der Kosten entstehenden steuerlichen Verpflichtungen selbstständig nachzukommen und das Universitätsklinikum von allen Ansprüchen Dritter, die im Zusammenhang mit der unter Punkt 4 stehenden Leistung freizustellen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Auftragnehmers