

TSVE 1890 Bielefeld e. V.

Kostenabrechnung

für den Monat: _____

Beleg-Nr.:	
Kostenstelle:	

Name: _____ **Vorname:** _____ **Abteilung:** _____

Bank: _____ **IBAN:** _____ **BIC:** _____

Zahlungsgrund Bemerkungen	Spesen	Fahrtkosten	Porto	Telefon	Lehrgang	Pässe Startgel- der	Schieds- richter	Zeitungen Bücher	Bürobe- darf	
Konto Buchhaltung	3245	3240	3036	3035	3303	3300	3301	3500	3030	
Summe:										

Gesamtsumme: _____

_____ Datum/Unterschrift

_____ Datum/Unterschrift Abteilungsleiter

_____ Datum/Unterschrift Vorstand