

Individuelle Kinderbetreuung und *Silencium*
an der Medizinischen Fakultät
Antrag auf Erstattung von Kinderbetreuungskosten

Formular bitte an die folgende Adresse senden:
Prof. Bettina Pollok
Institut für Klinischen Neurowissenschaften
und Medizinische Psychologie
23.02.03.46

Angaben zum Antragsteller/in

Bei Rückfragen:
bettina.pollok@hhu.de | 0211-81-10767

Herr / Frau

Anschrift

Telefon

E-Mail

Name und Alter des Kindes/der Kinder

Dienstlicher Grund für die Kinderbetreuung

Datum

Uhrzeit

Entstandene Kosten

Bankverbindung

Kontoinhaber/in

IBAN

Name der Bank

BIC

Rechnung

Name der betreuenden Person

Anschrift

Hiermit berechne ich für die Betreuung des Kindes/der Kinder

am von bis

Datum

Uhrzeit

Uhrzeit

Euro: Betrag dankend erhalten.

Betrag

Unterschrift