

Individuelle Kinderbetreuung / *Silencium* an der Medizinischen Fakultät

Antrag auf Erstattung von Kinderbetreuungskosten

Angaben zum Antragsteller/in:

Herr / Frau

Anschrift

Telefon

E-Mail

Name und Alter des Kindes/der Kinder

Dienstlicher Grund für die Kinderbetreuung

Datum

Uhrzeit

Entstandene Kosten

**Heinrich-Heine-Universität-
Düsseldorf**

Medizinische Fakultät
Fakultätsgleichstellungsbeauftragte

PD Dr. Anja Moldenhauer
Dr. med. Nadine Freitag

Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

Gebäude 17.11
Ebene 03 Raum 05

Telefon 0211/81-06565
gsb.med@med.uni-duesseldorf.de

www.medizin.hhu.de/gleichstellung

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 dankenderhalten.
Betrag Unterschrift

Hinweis: Einkünfte sind steuerpflichtig