S I T Z U N G S B E L E G

(Bitte sorgfältig ausfüllen!)

WICHTIG: Ein Ausgleich (Sitzungsgeld) wird nur für das jeweils zuvor beendete Semester gezahlt!

( ) Sommersemester _____ ( ) Wintersemester_____ _____

Vor- und Nachname: _____

Straße (Nr.): _____Ort:_____

Matrikel-Nr.: _____Telefon:_____

Bankverbindung: BLZ:_____ Konto-Nr.:_____

bei:_____

Gremium: _____

Ich bin Mitglied : ( ) Stellvertretung von:_____

Stellvertretende Mitglieder erhalten nur dann eine Ausgleichszahlung, wenn das jeweilige Hauptmitglied nicht ebenfalls im ausgleichsberechtigten Umfang an der jeweiligen Sitzung teilgenommen hat !

E R K L Ä R U N G:

Mir ist bekannt, dass das Sitzungsgeld nicht gezahlt wird, wenn ich

a) an den Sitzungen n i c h t bzw. weniger als die Hälfte der Sitzungsdauer teilgenommen habe;

b) die Zahlung n i c h t bzw. n i c h t f r i s t g e r e c h t bis spätestens einen Monat nach Ende des jeweiligen Semesters (Ausschlussfrist!) unter Vorlage dieses Beleges beim Referat für Gremienbetreuung der Universität Hamburg (zentrale Gremien) bzw. der zuständigen Fakultätsverwaltung (Fakultätsrat) beantragt habe.

_____

(Unterschrift)

B E S T Ä T I G U N G

Hiermit wird bestätigt, dass Frau/Herr _____ an folgenden erstattungsfähigen Sitzungen (Anzahl: _____) des o.g. Gremiums teilgenommen hat:

Datum der Sitzung:	Datum der Sitzung:

_____ _____

Stempel der Einrichtung (Unterschrift)