

**ANTRAG AUF RÜCKZAHLUNG VON AN DIE UNIVERSITÄT INNSBRUCK
GELEISTETE EINZAHLUNGEN**

JOSEF-HIRN-STR. 5-7
6020 INNSBRUCK

Nachname, Vorname: _____

Privatadresse (Straße, PLZ, Ort, Land) _____

Bankname: _____

Anschrift Bank: _____

IBAN / Konto: _____

BIC bzw. Swift-Code: _____

Auftraggeber/Institut: _____

Grund der Rückerstattung:
(z.B. Diplomgebühr, Konferenzgebühr) _____

Datum und Betrag der geleisteten Zahlung: _____

Rückzahlungsbetrag: _____

- Verrechnung zu Lasten von:
- Kostenstelle _____
 - Innenauftrag _____
 - PSP-Element _____

Name der unterzeichnenden Person	Datum	Unterschrift
Rechnungsleger/in (bitte in lesbarer Schrift)		