

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)		