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

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: IBAN:_____BIC.:_____

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 bei der Geschäftsführung des Akademischen Senats 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