

\_\_\_\_\_  
Firma (Firmenstempel)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

Stadt Bad Münster am Deister  
-FD 2.21 Ordnungswesen und Feuerwehr  
Steinof 1

31848 Bad Münster

**Lohnkostenerstattung;**

- Feuerwehreinsatz  
 Lehrgangsbesuch

Unser Mitarbeiter / Unsere Mitarbeiterin \_\_\_\_\_

war am \_\_\_\_\_ für die Feuerwehr der Stadt Bad Münster am Deister  
für \_\_\_\_\_ Stunden im Einsatz.

hat in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ an einem  
Feuerwehrlehrgang teilgenommen

Da die Bezüge während dieser Zeit von uns in voller Höhe weitergezahlt worden  
sind, bitten wir um Erstattung folgender Beträge:

	Je Stunde	Anzahl d. Std.	Gesamtbetrag
Lohn / Gehalt			
Arbeitgeberanteil zur gesetzl. Sozialversich.			

Den Gesamtbetrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € bitten wir auf

unser Konto Nr. \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_

(BLZ \_\_\_\_\_) zum Gz. \_\_\_\_\_ zu überweisen

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Hinweis für Arbeitgeber:**

**Bei Ausfall eines Tages können lediglich die tariflichen Stunden für einen Tag geltend gemacht werden.**