

**Indirect Channel**

**Resource Center**

**Anweisungen**

1. Stellen Sie den Mitarbeitern das Spesenabrechnungsformular zur Verfügung und stellen Sie sicher, dass sie die geltenden Richtlinien, Verfahren und Transaktionsdetails (z. B. Namen der Teilnehmer, Grund der Spesen) kennen, die auszufüllen sind.
2. Stellen Sie sicher, dass Mitarbeiter, die für die Genehmigung von Spesenabrechnungen verantwortlich sind, verstehen, wie das Spesenabrechnungsformular und die erforderliche Begleitdokumentation
(z. B. Belege) zu prüfen sind.
3. Befolgen Sie die Unternehmensrichtlinien zum Ausfüllen und Einreichen von Spesenabrechnungen.

**Andere zu berücksichtigende Dokumentation**

* Reise- und Spesenrichtlinie

**Inwiefern profitieren Sie davon?**

Durch die Dokumentation von Spesenabrechnungen können Sie sicherstellen, dass Ihre Bücher und Aufzeichnungen die Transaktionen Ihres Unternehmens korrekt und in angemessener Ausführlichkeit wiedergeben. Sie trägt auch dazu bei, dass Sie Einblick in die von Mitarbeitern verursachten Geschäftsausgaben erhalten, und ermöglicht es Ihnen, gegebenenfalls Meldepflichten in Ihrer Region/Ihrem Land zu erfüllen.



|  |
| --- |
| **Beschreibung**Das Spesenabrechnungsformular stellt sicher, dass Distributoren/Agenten den Geschäftszweck und die Genehmigung von Ausgaben, die Mitarbeitern entstanden sind (d. h. von Mitarbeitern geltend gemachte Ausgaben), angemessen dokumentieren. |

**Spesenabrechnungsformular**

*Version 1.0*

**SPESENABRECHNUNGSFORMULAR**

Abgabedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Mitarbeiters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titel des Mitarbeiters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum der Ausgabe** | **Kostenart** (z. B. Mahlzeiten, Reisen) | **Grund für Ausgaben** | **Zahlungsart** *(Bargeld oder Kreditkarte)* | **Gesamtbetrag** (und Währung) | **Name des Anbieters** | **Land des Anbieters** | **Bezogen auf HCP**[[1]](#footnote-1)**/GO**[[2]](#footnote-2)(J oder N) | **Bei Veranstaltung oder Mahlzeit: Anzahl der Teilnehmer** (einschließlich Sie selbst) | **Name(n) der Teilnehmer und angeschlossenen Krankenhäuser/Einrichtungen** (falls zutreffend) |
| ***Beispiel:****6. Mai 2019* | *Abendessen mit HCP* | *Abendessen mit Dr. John Smith zur Besprechung des neuen Produktportfolios* | *Bargeld* | *76,42 INR* | *New Delhi Restaurant* | *Indien* | *J* | *2* | *John Smith –* *BLK Hospital*  |
| ***Beispiel:****7. Mai 2019* | Geschäftsreise | *Zugticket zum Büro* | *Kreditkarte* | *30 INR* | *New Delhi Train* | *Indien* | *Nein* | *1* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Bitte fügen Sie alle aufgeschlüsselten Belege im Original bei

Ich bestätige, dass alle oben genannten Ausgaben einen legitimen geschäftlichen Zweck haben und zuvor nicht erstattet wurden.

Unterschrift des Mitarbeiters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Vorgesetzten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Vorgesetzten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Gesundheitsdienstleister (Healthcare Professional, HCP) [↑](#footnote-ref-1)
2. Regierungsbeamter (Government Official, GO) [↑](#footnote-ref-2)