TC Medizin Berlin-Buch e.V.

Übungsleiter - Nachweis für die Abrechnung

Bitte alle Felder ausfüllen:

Zahlung kann nur nach Abgabe dieses Nachweises erfolgen.

Name, Vorname	Abteilung
Bank / Konto-Nr.	Bemerkung

Monat/Jahr: .....

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Ges.-Std.
Jan																																
Feb																																
Mrz																																
Apr																																
Mai																																
Jun																																
Jul																																
Aug																																
Sep																																
Okt																																
Nov																																
Dez																																
																															Gesamt	

..... Stunden x ..... Euro = ... Euro

Gesamt: ..... Euro

Datum

Unterschrift