Bitte senden Sie diese Abrechnung an: Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ) Pirmasens-Zweibrücken, Hauptstr. 62-68, 66953 Pirmasens, Tel: 06331-13561, Fax: 06331-140020, E-Mail: agz.pirmasenszweibruecken@lagz-rlp.de

Abrechnung Schulzahnpflege
Grund- und Förderschulen sowie weiterführende Schulen

von Herrn/Frau.....Telefon-Nr. .....

PLZ ..... Wohnort ..... Str. .....

IBAN ..... BIC ..... Bank .....

Ich habe auf der Grundlage des mit der LAGZ abgeschlossenen Vertrages im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege folgende Unterrichts- bzw. Untersuchungsstunden durchgeführt:

Schule: .....

Unterricht

pro Klasse eine Zeile ausfüllen

Datum	Klasse (z. B. 1a)	Anzahl der Schulstd.
	①Summe:	

Untersuchung

Datum	Klasse (z. B. 1a)	Anzahl der Schulstd.
	②Summe:	

Bestätigung der/des Zahnärztin/-arztes

Datum, Stempel, Unterschrift

Aus abschlusstechnischen Gründen muss die Abrechnung der geleisteten Schulstunden (für jede Schule getrennt) bis spätestens zum Ende des Kalenderjahres erfolgen. Soweit durch den Erhalt der Vergütung Steuerpflicht entsteht, obliegt Ihnen die Abführung der Steuer selbst.

---

wird von der AGZ ausgefüllt

Anz. der Std.①		€/h		Gesamt①
_____	x	_____	=	_____ €
Anz. der Std.②		€/h		Gesamt②
_____	x	_____	=	_____ €
Auszahlungsbetrag		Summe①+②:		€

Rechnung geprüft - Beleg-Nr. _____

Betrag: _____€ Buchungskto. _____

sachl. u. rechn. richtig: _____

geprüft: _____

überwiesen am: _____