

Bitte senden Sie diese Abrechnung an:  
Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ) Bad Kreuznach

## 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<br>(z. B. 1a) | Anzahl der<br>Schulstd. |
|-------|----------------------|-------------------------|
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       | ① Summe:             |                         |

## Untersuchung

| Datum | Klasse<br>(z. B. 1a) | Anzahl der<br>Schulstd. |
|-------|----------------------|-------------------------|
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       |                      |                         |
|       | ② Summe:             |                         |

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: \_\_\_\_\_