

Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ) Stadt- und Landkreis Kaiserslautern; Steinstr. 32; 67657 Kaiserslautern

von Herrn/Frau.....Telefon-Nr.
(Name des/der abrechnenden Zahnarztes/Zahnärztin)

PLZ Wohnort Str.

IBAN Bank

Herr/Frauhat in der Schule.....
(Name der Prophylaxefachkraft)

folgende Unterrichtsstunden erbracht. Die **Untersuchung** kann nur durch den/die Zahnarzt/Zahnärztin erfolgen!

Untersuchung

pro Klasse eine Zeile ausfüllen

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

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

Bestätigung der/des Zahnärztin/Zahnarztes

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: _____