

Bitte senden Sie diese Abrechnung im Original nach der Bestätigung durch die Schule 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 Schule

Bestätigung der/des Zahnärztin/-arztes

 Datum, Stempel, Unterschrift

 Datum, Stempel, Unterschrift

Aus abschlusstechnischen Gründen muss die Abrechnung der geleisteten und von der Schule bestätigten 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: _____