

Bitte senden Sie diese Abrechnung nach der Bestätigung durch die Schule und vollständig ausgefüllt, im Original an:
Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ) Rheinhessen, Weißliliengasse 13, 55116 Mainz

Abrechnung Schulzahnpflege Grund- und Förderschulen im Aktivprogramm Zahnvorsorge

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 Jugendzahn-
pflege folgende Unterrichts-, Untersuchungsstunden bzw. Fluoridlack-Touchierungen durchgeführt:

Schule

1. Besuch (ca. September bis Dezember im Schuljahr)

Datum	Klasse (z. B. 1a) pro Klasse eine Zeile ausfüllen	Anzahl der Schulstd.	
		Unter- suchung	Unter- richt
Summe:		①	②

2. Besuch (ca. Januar bis April im Schuljahr)

Datum	Klasse (z. B. 1a) pro Klasse eine Zeile ausfüllen	Anzahl der Schulstd.	
		Fluori- dierung	Unter- richt
Summe:		①	②

3. Besuch (ca. Mai bis Juli im Schuljahr)

Datum	Klasse (z. B. 1a) pro Klasse eine Zeile ausfüllen	Anzahl der Schulstd.	
		Unter- suchung	Fluori- dierung/ Unterricht
Summe:		①	①

Vorbereitungsgespräche (max. 4 Schulstd. pro Schuljahr und Schule abrechenbar)

Datum	Anzahl der Schulstd.
	②

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: _____