

Bitte senden Sie diese Abrechnung nach der Bestätigung durch die Schule an:
 Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ) Vorderpfalz, Friedensstraße 77, 67067 Ludwigshafen

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)				2. Besuch (ca. Januar bis April im Schuljahr)				3. Besuch (ca. Mai bis Juli im Schuljahr)			
Datum	Klasse (z. B. 1a) pro Klasse eine Zeile ausfüllen	Anzahl der Schulstd.		Datum	Klasse (z. B. 1a) pro Klasse eine Zeile ausfüllen	Anzahl der Schulstd.		Datum	Klasse (z. B. 1a) pro Klasse eine Zeile ausfüllen	Anzahl der Schulstd.	
		Unter- suchung	Unter- richt			Fluori- dierung	Unter- richt			Unter- suchung	Fluori- dierung/ Unterricht
Summe:		①	②	Summe:		①	②	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
_____	_____	_____	_____ €
Anz. der Std.②	€ /h	=	Gesamt②
_____	_____	_____	_____ €
Auszahlungsbetrag	Summe①+②:		€

Rechnung geprüft - Beleg-Nr. _____

Betrag: _____ € Buchungskto. _____

sachl. u. rechn. richtig: _____

geprüft: _____

überwiesen am: _____