

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

**Abrechnung Schulzahnpflege**  
**Schulen mit Förderschwerpunkten ganzheitliche, motorische, sozial-emotionale Entwicklung**  
 (alle Klassen / Gruppen 1. bis 10. Klasse)

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 Tätigkeiten in der Schule durchgeführt:

Schule .....

**Untersuchung**

Datum	Klasse (z. B. 1a) pro Klasse eine Zeile ausfüllen	Anzahl der Schulstd.
Summe:		①

**Unterricht**

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

**Elternabend**

Datum	pauschal
	2
Summe:	2 ②

**Vorbereitungsgespräche**

Datum	Stunden
Summe:	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	Gesamt ①
_____	x _____	= _____ €
Anz. der Std. ②	€/h	Gesamt ②
_____	x _____	= _____ €
Auszahlungsbetrag	Summe ①+②:	€

**Rechnung geprüft - Beleg-Nr.** \_\_\_\_\_

Betrag: \_\_\_\_\_ € Buchungskto. \_\_\_\_\_

sachl. u. rechn. richtig: \_\_\_\_\_

geprüft: \_\_\_\_\_

überwiesen am: \_\_\_\_\_