

Abrechnung der Leistungsnachweise – Seniorengemeinschaft GeHiH e.V.



Leistungsnachweis von _____

Leistungsabrechnungsnr.: _____

Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer: _____

Name, Vorname: _____	Leistung: _____
Mitgliedsnummer: _____	Buchungsnummer/-datum: _____ // _____
<input type="checkbox"/> Entgelt bitte zum Guthaben dazu buchen	<input type="checkbox"/> Verbuchung auf Zeitkonto
<input type="checkbox"/> Entgelt bitte auszahlen: _____	<input type="checkbox"/> Gesamtbetrag <input type="checkbox"/> Teilbetrag in Höhe von _____ Euro

Die Leistung wurde erbracht bei (bitte von Erbringerin bzw. Erbringer und Empfängerin bzw. Empfänger unterschreiben - auf 1/2 Stunden genau angeben, sonstige Auslagen bitte sofort abrechnen):

Name _____	Vorname: _____	Mitglieds-Nr.: _____
Datum: _____	Uhrzeit: _____	Anzahl Stunden: _____
Tätigkeit _____		Gefahrenre km: _____
Unterschrift Leistungsempfängerin bzw. Leistungsempfänger: _____		
Unterschrift Leistungsgeberin bzw. Leistungsgeber: _____		

Name _____	Vorname: _____	Mitglieds-Nr.: _____
Datum: _____	Uhrzeit: _____	Anzahl Stunden: _____
Tätigkeit _____		Gefahrenre km: _____
Unterschrift Leistungsempfängerin bzw. Leistungsempfänger: _____		
Unterschrift Leistungsgeberin bzw. Leistungsgeber: _____		

Abrechnung der Leistungsnachweise – Seniorengemeinschaft GeHiH e.V.



Leistungsnachweis von _____

Leistungsabrechnungsnr.: _____

Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer: _____

Name, Vorname: _____	Leistung: _____
Mitgliedsnummer: _____	Buchungsnummer/-datum: _____ // _____
<input type="checkbox"/> Entgelt bitte zum Guthaben dazu buchen	<input type="checkbox"/> Verbuchung auf Zeitkonto
<input type="checkbox"/> Entgelt bitte auszahlen: _____	<input type="checkbox"/> Gesamtbetrag <input type="checkbox"/> Teilbetrag in Höhe von _____ Euro

Die Leistung wurde erbracht bei (bitte von Erbringerin bzw. Erbringer und Empfängerin bzw. Empfänger unterschreiben - auf 1/2 Stunden genau angeben, sonstige Auslagen bitte sofort abrechnen):

Name _____	Vorname: _____	Mitglieds-Nr.: _____
Datum: _____	Uhrzeit: _____	Anzahl Stunden: _____
Tätigkeit _____		Gefahrenre km: _____
Unterschrift Leistungsempfängerin bzw. Leistungsempfänger: _____		
Unterschrift Leistungsgeberin bzw. Leistungsgeber: _____		

Name _____	Vorname: _____	Mitglieds-Nr.: _____
Datum: _____	Uhrzeit: _____	Anzahl Stunden: _____
Tätigkeit _____		Gefahrenre km: _____
Unterschrift Leistungsempfängerin bzw. Leistungsempfänger: _____		
Unterschrift Leistungsgeberin bzw. Leistungsgeber: _____		