

Abrechnung der geleisteten Übungsleiterstunden im REHA-Sport für den Monat

20

Name des ÜL: _____

Reha-Partner: _____

Lizenz-Nr.: _____

Gültig bis: _____
(wird keine Lizenz-Nr. angegeben, heißt das „ohne Lizenz“)

Trainingszeit: _____

Stundennachweis

Nr	Datum	Stunden	Nr.	Datum	Stunden	Nr.	Datum	Stunden
1			16			31		
2			17			32		
3			18			33		
4			19			34		
5			20			35		
6			21			36		
7			22			37		
8			23			38		
9			24			39		
10			25			40		
11			26			41		
12			27			42		
13			28			43		
14			29			44		
15			30			45		
Gesamt:			Gesamt:			Gesamt:		

Stunden insgesamt _____ a EUR _____ Auszahlung: _____ EUR

Ich bestätige, dass ich die Stunden, wie o.a., eingehalten habe.
Die ÜL-Entschädigung erbitte ich auf mein Konto bei der:

Bank: _____

IBAN: _____

SWIFT-BIC: _____

Für die steuerliche Veranlagung über den derzeit gültigen Freibetrag bin ich selbst verantwortlich, nicht die BSG Pneumant Fürstenwalde.

Unterschrift Übungsleiter*in

Bestätigung BSG Pneumant Fürstenwalde

Unterschrift Reha-Partner

EWZ liegt vor: