



Kostenerstattung für den Dolmetschereinsatz im Kindergarten oder an der Schule

Rechnungsnummer: _____

Steuernummer: _____

Gebärdensprachdolmetscher/in

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Bankverbindung

IBAN: _____

BIC: _____

Name der Bank: _____

Dolmetscherinsatz

Familienname: _____

Schüler/Kind: _____

Name der Schule/Einrichtung: _____

Adresse: _____

Datum: _____

Uhrzeit von: _____ bis _____

Honorar

	Stunde	Kosten/Stunde	Preis
Honorar			
Fahrzeit			
km			

Nettobetrag: _____

19% Mwst.: _____

Rechnungsbetrag: _____

Datum

Unterschrift