

Studentische Lehr-Lernassistenzen an Brandenburger Schulen – Studierende unterstützen Schulen („Studierendenprogramm“)

Abrechnung von Honorartätigkeit

SCP-Schule

Name der Schule	Schul-Nummer
-----------------	--------------

Nachname, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift			
IBAN			
BIC	Kreditinstitut		
Kontoinhaber/-in			
Anschrift des zuständigen Finanzamtes			
Steuerliche Identifikationsnummer			
Arbeitsgemeinschaft / Projekt / Maßnahme / Ort			
Abrechnungszeitraum am/von	bis	Gesamtbetrag in €	Honorarvertrag vom

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bitte um Überweisung auf das o.a. Konto.

Ort/Datum

Unterschrift

Bestätigung des Auftraggebers		Zahlung veranlasst		
Schulstempel	Einzelplan 05	Kapitel 300	Titel	Unterkonto
	Betrag		AO-Nr.	
Die Angaben werden als sachlich und rechnerisch richtig bestätigt.		gebucht		angeordnet
Datum	Unterschrift	Datum	Namenszeichen	Datum Namenszeichen