

Lernassistentenkräfte an Brandenburger Schulen („Studierendenprogramm“)

Abrechnung von Honorartätigkeit

SCP-Schule

Name und Anschrift der Schule	Schulnummer
-------------------------------	-------------

Name, Vorname (Druckbuchstaben)		Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
IBAN (deutsche Ziffern – DE+20 Stellen)		
BIC (deutsche Ziffern)	Kreditinstitut	
Kontoinhaber/-in		
Finanzamt	Steueridentifikationsnummer	
Maßnahme	Ort	

Zeitaufwand:	ZE	x	15 €/ZE	20 €/ZE	=
			(Zeiteinheit lt. Vertrag)	(Gesamtbetrag)	
Abrechnungszeitraum am/ von	bis			Honorarvertrag vom	

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

Ort Datum Unterschrift des Rechnungsstellers und Kontoinhabers

Bestätigung des Auftraggebers (Schule)		Zahlung veranlasst (Schulamt)		
Stempel	Epl 05	Kap 300	Titel 42711 42762 (SCP)	Unterkonto
		Betrag €		AO-Nr.
Die Angaben werden als sachlich und rechnerisch richtig bestätigt.		gebucht		angeordnet
Datum	Unterschrift (Blockschrift)	rechtsverbindliche Unterschrift (Auftraggeber - SL/stv.SL)		
Datum	Namenszeichen	Datum	Namenszeichen	Namenszeichen