



Abrechnungsnachweis für: ☐ Trainer mit Lizenz ☐ Trainer ohne Lizenz

Name: _____ Abteilung/Team/Gruppe: _____

Telefon: _____ IBAN: _____

Abrechnungszeitraum: ☐ 01.01.-30.04.20__ ☐ 01.05.-31.08.20__ ☐ 01.09.-31.12.20__

TRAININGS KALENDER

MONAT JAHR

JAN	FEB	MAR	APR
MAI	JUN	JUL	AUG
SEP	OCT	NOV	DEC

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

TRAININGS KALENDER

MONAT JAHR

JAN	FEB	MAR	APR
MAI	JUN	JUL	AUG
SEP	OCT	NOV	DEC

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

TRAININGS KALENDER

MONAT JAHR

JAN	FEB	MAR	APR
MAI	JUN	JUL	AUG
SEP	OCT	NOV	DEC

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

TRAININGS KALENDER

MONAT JAHR

JAN	FEB	MAR	APR
MAI	JUN	JUL	AUG
SEP	OCT	NOV	DEC

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

Spiel: _____ ☐ bis 60 min
Anzahl ☐ über 60 min

Training: _____ ☐ bis 60 min Anzahl
_____ ☐ über 60 min Anzahl
_____ ☐ über 90 min Anzahl

Betrag: _____

Datum: _____

Ich bestätige die
Richtigkeit meiner
Angaben

Datum

Geprüft, sachlich und
rechnerisch richtig
Unterschrift des 1. Vorstand*in

Datum

Unterschrift Kassierer*in