Der Verein für die ganze Familie

SV Althegnenberg e. V.

Abrechnungsnachweis für

_____ _____ _____

Name Abteilung Gruppe/Team

Telefon: _____

Funktion als: ☐ ÜL / Trainer mit Lizenz ☐ ÜL / Trainer ohne Lizenz

Abrechnungszeitraum: ☐ 1.1.-30.04.20__ ☐ 1.5.-31.08.20__ ☐ 1.9.-31.12.20__

Wochen-tag	Datum	Übungszeit Beginn	Übungszeit Ende	Stundenzahl	Anzahl Teilnehmer	Bemerkungen (z.B. Vertretung durch…)
Summe Stundenzahl					X 4,- € (ohne) X 8,-€ (mit Lizenz)	Betrag:

◯ Ich bitte um Überweisung auf mein Konto IBAN _____

◯ Ich verzichte auf meinen Anspruch auf Vergütungsersatz (Spendenerklärung)

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben	Geprüft, sachlich und rechnerisch richtig	Überweisung an Kassier gemeldet
Datum: _____ Unterschrift ÜL: _____	Datum: _____ Unterschrift AL: _____	Betrag: _____ Datum: _____ Unterschrift Verwaltung: _____