

Ihr Name

Straße
PLZ + Ort
Telefon:
Fax:
E-Mail

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Allgemeinmedizin
z.H. Kerstin Schrom
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Rechnung

Datum

Rechnungsnummer

Steuer-Nummer

Leistungen und Leistungszeitraum	Studie- renden- zahl	x 5 bzw. 10 Tage	Euro pro Studieren- der u. Tag	Summe
Honorar f. d. Studierendenlehre (Zeitraum + Anzahl der Studierenden)				
		X ___ Tage	á 50,00 €	
		X ___ Tage	á 50,00 €	
		X ___ Tage	á 50,00 €	
		X ___ Tage	á 50,00 €	

Endsumme in EURO:

Ich bitte um Überweisung der Endsumme auf folgendes Konto:

Konto-Nr. BLZ Bank/Sparkasse

IBAN-Nr.:

BIC:

Kontoinhaber (falls abweichend von der/vom Rechnungssteller/in)

Begründung für eine evtl. Umsatzsteuerbefreiung (Nennung des Paragraphen ausreichend)

§ 19 UStG

Kostenstelle:	99 60 91 02
Konto:	78 30 01
Vorsteuernachweis:	N0
sachl./rechn. richtig:	
haushalts- rechtl. richtig:	

Unterschrift