

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

Abrechnung von Honorartätigkeit

Name und Anschrift der Schule

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

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

Ort/Datum

Unterschrift

Bestätigung des Auftraggebers	Zahlung veranlasst			
Stempel	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	Datum	Namenszeichen