

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			
Steuernummer / Identnummer			
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	Kapitel	Titel	Unterkonto
	05	300	42 710	02
		Betrag	AO-Nr.	
Die Angaben werden als sachlich und rechnerisch richtig bestätigt.		gebucht	angeordnet	
Datum	Unterschrift	Datum	Namenszeichen	Datum Namenszeichen