

Name:  
Straße:  
PLZ/Ort:  
Tel.:

[Greyed out input fields for contact information]

# Übungsleiter Stunden Abrechnung

bitte graue Felder ausfüllen

**Kneipp-Verein Springe e.V.  
Postfach 10 03 20  
31815 Springe**

## Geleistete Stunden für den Kneipp-Verein Springe

Monat:

[Greyed out input field for month]

Sparte:

[Greyed out input field for department]

Ort:

[Greyed out input field for location]

Nr	Datum	Sparte	Std	in €	km	in €	Anmerkungen
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
	<b>Summen</b>						

Übungsleiter Bank Verbindung:

Konto Inhaber:

[Greyed out input fields for bank details]

IBAN:

Übungsleiter:

Kassenwart: geprüft/überwiesen am:

Datum / Unterschrift: .....

Unterschrift: .....