

TC Medizin Berlin-Buch e.V.



Nachweis für die ehrenamtliche Helfertätigkeit

Bitte alle Felder ausfüllen:

Zahlung kann nur nach Abgabe dieses Nachweises erfolgen

Name, Vorname	Abteilung
Bank / Konto-Nr.	Bemerkung

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Ges.-Std.	
Jan																																	
Feb																																	
Mrz																																	
Apr																																	
Mai																																	
Jun																																	
Jul																																	
Aug																																	
Sep																																	
Okt																																	
Nov																																	
Dez																																	
	Gesamt																																

..... Stunden x Euro = Euro

Gesamt: Euro

_____ Datum

_____ Unterschrift