

Übungsleiterabrechnung TSV Plön

Name: _____

Mannschaft: _____

Monat/Jahr: _____

____. Kalenderwoche

Tag	Datum	Teilnehmer	Stundenzahl	Uhrzeit	von	-	bis
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							

____. Kalenderwoche

Tag	Datum	Teilnehmer	Stundenzahl	Uhrzeit	von	-	bis
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							

____. Kalenderwoche

Tag	Datum	Teilnehmer	Stundenzahl	Uhrzeit	von	-	bis
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							

____. Kalenderwoche

Tag	Datum	Teilnehmer	Stundenzahl	Uhrzeit	von	-	bis
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							

____. Kalenderwoche

Tag	Datum	Teilnehmer	Stundenzahl	Uhrzeit	von	-	bis
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							

Stunden gesamt _____ €

Die Richtigkeit der Angaben versichert Datum/Unterschrift Trainer/Übungsleiter	Gesehen und geprüft Datum/Unterschrift Spartenleiter	Geprüft und zur Zahlung angewiesen Datum/Unterschrift Kassenwart TSV Plön
--	--	---