

Abrechnung Schülertransportkosten



Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort des Kindes	Einrichtung: Name, Strasse, PLZ, Ort	20...	Konto Nr	
		Mat/Preis/Leistung kontr.		Rechnung kontrolliert
	Zentrum ASS Turnerweg 16 5600 Lenzburg	Visiert	0.00	SOL
				GL
		Postkonto	Bankkonto IBAN Nummer	

Rechnungssteller: Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort (Kontoinhaber)	Bankverbindung

Zeitraum	Reisezweck	Reisestrecke	Preis Billette/ Abonnem	Anzahl km mit Privatauto /Motor- rad/Roller	Kategorie Fahrzeug (P, M, R)	km Entschä- digung	Taxiauslagen in CHF	Gesamtb- e- trag in CHF
	Schulweg	von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						
		von						
		bis						

Legende: Kategorie P = Privatauto (Fr. 0.70/km) **Gesamttotal 0.00**

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte	Bemerkungen:	Beilagen:
_____	_____	_____
Datum, Unterschrift Einrichtung	_____	_____
_____	_____	_____

Beilagen:
Kopien von Quittungen, Rechnungen und entwerteten Billetten