Notarzta	breci	hnung
----------	-------	-------

KSG Krankenhaus Service Gesellschaft mbH	
Geschäftsführung	R
Kaiserstr. 14	Za

Datum:	
RechnungsNr.:	
Zahlungsbetrag:	

66482 Zweibrücken

Datum	Beginn	Ende	Stundenzahl	Einsatzzahl	G-Pauschale	E-Pauschale	TOTAL
SUMMEN	1						

Statistik der	Einsätze:
Am Wochenende	
Werktags	
Feiertags	
Summe	

Zahlungsbedingungen:	sofort, rein netto
<u> Lamangoodanigangom</u>	001011, 10111 110111

Bankverbindung:		

Notarzta	brechnung	1
----------	-----------	---

Evangelisches Krankenhaus
Personalabteilung
Obere Himmelsbergstr. 38

Datum:	
RechnungsNr.:	
Zahlungsbetrag:	

66482 Zweibrücken

Datum	Beginn	Ende	Stundenzahl	Einsatzzahl	G-Pauschale	E-Pauschale	TOTAL
				+			
SUMMEN		1					

Statistik der	Einsätze:
Am Wochenende	
Werktags	
Feiertags	
Summe	

Zahlungshedingungen:	sofort rein netto

Bankverbindung:		

Auflistung der abgerechneten Notarzteinsätze als Anlage zur Notarztabrechnung vom

Datum	Name	Vorname	NA-Standort

Auflistung der abgerechneten Notarzteinsätze als Anlage zur Notarztabrechnung vom

Datum	Name	Vorname	NA-Standort