

Nur für das Schuljahr 2016/2017 und bis 31. Dezember 2017 bei sonstigem Anspruchsverlust geltend zu machen!

BITTE SOFORT NACH ABLAUF DES SCHULJAHRES EINREICHEN!

Amt der
Tiroler Landesregierung
Landessanitätsdirektion
6020 Innsbruck

ANTRAG*

auf Gewährung des Beitrages des Landes
zu den Kosten der **wöchentlichen schulärztlichen Sprechstunde**

Schule			Schulerhalter				
IBAN				BIC			
Name und Anschrift des Schularztes							
E-Mail-Adresse der Schulärztin / des Schularztes							
Datum der Sprechstunde IX–XII 2016 I–VII 2017	Zahl der Schüler	Arbeitszeit		Betrag in €	Gefahrene Kilometer Ordination – Schule und zurück	Betrag in €	Bestätigung der Schulleitung
		Std.	Min.				
							Gesamtkosten
SUMME							

Beilage: Honorarnote mit Zahlungsnachweis

.....

Datum

.....

Stampiglie, Unterschrift (Schulerhalter)

BITTE NICHT AUSFÜLLEN!

**BERECHNUNG
DES LANDESBEITRAGES**

Summe Arbeitszeit (**max. 1h pro Schulwoche**)
September 2016 bis Dezember 2016 x € 61,73
Januar 2017 bis Juli 2017 x € 62,52

Summe gefahrene Kilometer
zwischen Ordination und Schule
September 2016 bis Juli 2017 x € 0,42

davon 40 von Hundert

Soll	<u>Kontierung</u>	Haben
VAP 1 516009 7277 008		
sachlich richtig		
Rechnerisch anerkannt mit €		
Zur Zahlung angewiesen		
Belegnr.		Gebucht am: