

Name, Anschrift und Telefonnummer des Liquidationsberechtigten
(Arzt/Ärztin)

Exemplar für Arzt/Ärztin
Exemplar für haushaltführende Dienststelle

....., den.....
Ort, Datum

Polizeidirektion

.....
veranlassende Organisationseinheit

Nr. 000000 / 20__

Sicherstellung und Liquidation von Rufbereitschaftsdiensten

Auf der Grundlage des bestehenden Kooperationsvertrages vom erlaube ich mir für die Sicherstellung der aufgeführten Rufbereitschaftsdienste folgende Rechnung zu stellen.

Datum	Rufbereitschaftszeiten	Stundenanzahl	5,00 €/h

Rechnungsbetrag: _____ €

IBAN-Nr.:		Bankverbindung bekannt:	<input type="checkbox"/>
Steuernummer:		Steuernummer bekannt:	<input type="checkbox"/>
Bemerkung/ Erläuterung:			

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin

Von der Polizeidienststelle auszufüllen:

Bestätigung der Rufbereitschaftsdienste auf Grundlage der Monatsplanung:	
fachtechnisch richtig (z. B. durch Ref. 2/FLZ)	sachlich richtig – und - rechnerisch richtig
_____ Unterschrift (Nr. 11 bis 19 VwV zu § 70 SäHO)	
_____ Name und Amts-/Funktionsbezeichnung	

Kontierung

Haushaltsjahr	Kapitel	Titel 534 04	Ebene	Schlüssel-Nr.	Zahlungspartner	Mitteilungsverordnung
Sonstige Anordnungen						
Anordnungsbetrag in EUR	Fällig am		Zur <u>Auszahlung</u> angeordnet			
			<hr/> Datum und Unterschrift Anordnungsbefugter			

Daten vollständig und richtig erfasst:	HÜL-Nr.	Datum	Nz.
Daten freigegeben und an Kasse gesendet:	DTA-Nr.	Datum	Nz.