

**Tätigkeitsnachweis/Abrechnung für
 Übungsleiter/Innen
 Rettungsschwimmer/Innen
 ärztliche Betreuung**

Sportgemeinschaft Versehrte Dresden e.V.

Vorname Name _____ Sektion/Gruppe _____

Wochentag(e) _____

Trainingszeit(en) _____

Ausbildung/Lizenz _____ gültig bis _____ Jahr _____

Bitte Anzahl der ÜE eintragen

Monat/Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Gesamtanzahl der ÜE: _____ Gesamtsumme : _____ EUR

Bestätigung durch Sektion oder Vorstand _____

Überweisung der Gesamtsumme bitte auf das Konto:

IBAN: DE _____ Name Kreditinstitut: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Überweisung am: