

Name und Anschrift
des Leistenden

Dr. Max Mustermann

Gasteiner Straße 41
1234 Musterhofen
Tel: +43 (6462) 2741-0

Patientendaten

Name
Anschrift

Name und Anschrift
des Patienten

Versicherter:
Name, Vorname
Kasse:
Vers. Nr.:

Ausstellungsdatum

Musterhofen, am **04. September 2017**

Honorarnote

Für meine durchgeführten Leistungen im August 2017 erlaube ich mir wie folgt abzurechnen:

Datum	Art der Tätigkeit	Betrag in €
01.08.		100,00
05.08.	Bezeichnung bzw. Art und Umfang der Leistung	100,00
Endsumme		200,00

Umsatzsteuerfrei gemäß § 6 Abs 1 Z 19 UStG

Zahlbar netto bis / Bar erhalten am

Zahlungskonditionen

Bitte überweisen Sie innerhalb von 7 Tagen auf folgendes Konto (Bankverbindung)

Genaueres Datum schließt
Missverständnisse aus.

IBAN und Swift-Code erleich-
tern den Zahlungsverkehr