

Praxis

Empfänger

RECHNUNG NR. _____ Datum _____

Ich stelle die von mir erbrachten Leistungen / Behandlungen im Zeitraum
von _____ bis _____ in Rechnung:

Anzahl	Leistung	Einzelpreis	Gesamt
_____ x _____	_____ je _____	_____ € = _____	_____ €
_____ x _____	_____ je _____	_____ € = _____	_____ €
		Rechnungsbetrag	_____ €
		Zahlungsziel	_____

Spezifikation

Behandlungsdaten

Mit freundlichen Grüßen