

Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Westfalen-Lippe
Gartenstraße 210-214
48147 Münster

Rechnungsaussteller:

Bitte füllen Sie dieses PDF-Formular am Computer aus. Sie erleichtern damit die Bearbeitung Ihrer Rechnung.

Aktenzeichen: _____

Patientin/Patient _____, geb. _____

Rechnungs-Nr. _____ (Bitte tragen Sie hier Ihre eigene Rechnungsnummer ein!)

Für mein Gutachten vom _____ berechne ich folgenden Aufwand:

Aktenstudium	___ Stunden	x 120,00 €	€
Ausarbeitung	___ Stunden	x 120,00 €	€
Schreibgebühren (je angefangene 1.000 Zeichen 1,50€)	_____ Anschläge		€
Kopien/Ausdrucke (1-fache Ausfertigung)	_____ Seiten		€
Portokosten			€
Endsumme (netto)			€
zzgl. der gesetzlichen MwSt, falls Sie umsatzsteuerpflichtig sind*			€
Endsumme (brutto)			€

***Umsatzsteuerpflicht (Zutreffendes bitte ankreuzen.)**

Ich bin nicht umsatzsteuerpflichtig gemäß § 19 UStG.

Ich bin umsatzsteuerpflichtig. Meine USt-Ident-Nr./Steuernummer lautet: _____

Zahlungsangaben

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bankinstitut: _____

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular über folioNet zurück oder per Fax an 0251 - 929 2399.