

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

Rechnungsaussteller:
 (Stempel reicht aus!)

Gutachtersache GA - [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] GUT - [] [] - [] [] []

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	_____ Anschläge		€
Kopien/Ausdrucke	_____ 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: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Buchungsvermerk (wird von der Ärztekammer ausgefüllt):

Sachlich richtig:	Rechnerisch richtig:
Überweisung ausgeschrieben am:	Zur Zahlung angewiesen: