

Österreichisches Rotes Kreuz
Landesverband Steiermark
Flüchtlingshilfe
Merangasse 26
8010 Graz

Aufwandsentschädigung für ärztliche Hilfeleistungen im Rahmen der Flüchtlingshilfe

I. Persönliche Daten

Nachname:	Sozialversicherung:
Vorname:	SV-Nr. und Geburtsdatum:
Wohnadresse:	
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:
IBAN:	BIC/SWIFT:

II. Zeit und Ort der erbrachten Leistung:

- Transitlager A Euroshopping
 Transitlager B Bellaflora
 Flüchtlingsammelstelle C Spielfeld
 Flüchtlingsammelstelle F Radkersburg

Leistungszeitraum am: _____

von: _____

bis: _____

III. Aufwandsentschädigung

Ich erlaube mir für die oben angegebene Leistung € 50,--/Stunde für _____ Stunden, in Summe € _____ in Rechnung zu stellen.

Da ich in keinem aufrechten Dienstverhältnis zum Österreichischen Roten Kreuz, Landesverband Steiermark stehe, werden alle notwendigen abgabenrechtlichen Vorgaben und Meldungen von mir selbst vorgenommen.

Fahrzeit ist Arbeitszeit!

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____