**Anforderung zur Rechnungslegung für**

**Berater-, Procter-, Referenten- und Hospitationsverträge**

**Herzzentrum Leipzig GmbH**

übersenden an Frau Simone Bläser,

Telefon: 0341 / 865 14 33,

E-Mail-Adresse: simone.blaeser@helios-gesundheit.de

Postfach C, Compliance

*Dieses Formular findet Anwendung für die Abrechnung der Vergütung nicht für angefallene Reisekosten.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsart:** | X Referentenvertrag* Beratervertrag
* Proctoringvertrag
* Hospitationsvertrag

*Zutreffendes bitte ankreuzen.* |
| **Leistungserbringer:** |  |
| **Name der Klinik / Abteilung:** |  |
| **Rechnungsempfänger:** |  |
| **eventuell Bestellnummer oder Ansprechpartner des Rechnungsempfängers:** |  |
| **zusätzliche Vereinbarungen für die Rechnungsstellung:** |  |
| **Leistungsdatum:** |  |
| **Leistungsort:** |  |
| **Leistungsinhalt:***z. B. Titel des Vortrages, Titel der Veranstaltung, Inhalt der Beratungsleistung* |  |
| **Leistungszeit in Minuten für die Leistungserbringung insgesamt:**davon Vorbereitungszeit in Minuten: |  |
| **vereinbarte Vergütung im Vertrag*** **Eurobetrag / pro Stunde**
* **Eurobetrag / pauschal**
* zzgl. der gesetzlichen Umsatzsteuer (Netto)
* inkl. der gesetzlichen Umsatzsteuer (brutto)
* Reverse Charge Verfahren

*Zutreffendes bitte ankreuzen.* | ……………………….. Euro……………...……….. Euro |
| **Abzurechnender Betrag in Euro:**X zzgl. der gesetzlichen Umsatzsteuer (Netto)* inkl. der gesetzlichen Umsatzsteuer (brutto)
* Reverse Charge Verfahren

*Zutreffendes bitte ankreuzen.* | ……………………….. Euro |
|  |  |

*Bitte fügen Sie eventuelle Programme, Teilnehmerlisten, Leistungsnachweise, Beauftragung (E-Mail-Verkehr) bei.*

***Vielen Dank.***

Leipzig, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift