



# VfL Bad Berleburg 1863 e.V.

## Übungsleiterabrechnung

<b>Name Übungsleiter:</b>		<b>Qualifikation:</b>	
<b>Anschrift:</b>			
<b>Abteilung:</b>		<b>Gruppe:</b>	
<b>Abrechnungszeitraum:</b>	1/4-jährlich (zum 31.03., 30.06., 30.09. und 31.12. jeden Jahres)		

Datum	Betreuung von		Uhrzeit		Stunden
	Wettkampf	Training	von	bis	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gesamtstunden					
					x Stundensatz *
					Entschädigung

Für das \_\_\_\_ Quartal 201 \_\_\_\_ wurden am: \_\_\_\_\_ folgende Zahlungen geleistet:

an Übungsleiter:

in voller Höhe  Teilbetrag von € \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

freiwilliger Verzicht auf Auszahlung und Weiterleitung als Geldspende (Aufwandsspende)

in voller Höhe  Teilbetrag von € \_\_\_\_\_

zu Gunsten Abteilung \_\_\_\_\_ Gruppe \_\_\_\_\_

Spendenbescheinigung gewünscht

Mir ist bekannt, dass der VfL Bad Berleburg bei der Abrechnung der Vergütung für meine nebenberufliche Tätigkeit als Übungsleiter/in den Freibetrag von € 2.400,00 gemäß § 3 Nr. 26 Einkommensteuergesetz, berücksichtigt. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Freibetrag nach § 3 Nr. 26 EStG nur für Zahlungen in Anspruch nehme, die ich von dem VfL Bad Berleburg erhalte.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Übungsleiter(in)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) **für die Richtigkeit:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Abteilungsleiter(in)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) **für die Zahlung:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Abteilungsleiter(in) oder  
Stellvertreter (in)/ Kassenwart

Qualifikation/Entschädigung:

Stundensätze gem. gesonderter Aufstellung (Vorstandsbeschluss 15.12.2009)

Entgeltgruppe 1: € 5,00; Entgeltgruppe 2: € 4,00; Entgeltgruppe 3: € 3,00;