



VfL Bad Berleburg 1863 e.V.

Übungsleiterabrechnung

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

Datum	Betreuung von		Uhrzeit		Stunden durchgeführt
	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 0,00

x Stundensatz *	€ 3,00
Entschädigung	€ 0,00

Für das __ Quartal 202__ wurden am: __. __. __ folgend e Zahlungen geleistet:

an Übungsleiter:

in voller Höhe Teilbetrag von € _____

Konto-Nr.

Bank/Spk.:

BLZ:

X freiwilliger Verzicht auf Auszahlung und Weiterleitung als Geldspende (Aufwandsspende):

X in voller Höhe Teilbetrag von € _____

zu Gunsten Abteilung __Ski_____ Gruppe _____

X 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 € 3.000,00 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;