

Anlage 4

Leistungsnachweis über die betriebsärztliche Betreuung der Bediensteten im Geschäftsbereich des Thüringer Finanzministeriums

- Betreute Landesdienststelle / Einrichtung:

Anschrift:

- Leistungszeitraum:

Leistungsnachweis (unter Verwendung der Angaben auf den Seiten 2 bis 4):

Lfd.Nr.	Datum	Art: BER-AG	Anzahl:	• Einsatzzeit/min:
---------	-------	----------------	---------	--------------------

G37

Einsatzzeiten/min:

• Summe der

• Vorhaltezeit/min:

• Summe Vorhaltezeiten:

Summe der Einsatzzeiten umsatzsteuerpflichtig:

Summe der Einsatzzeiten umsatzsteuerfrei:

Datum

Stempel der Dienststelle
Unterschrift,
Dienststellenleiter bzw. Beauftragter

Stempel/Unterschrift
Auftragnehmer