

Kreis Steinfurt
17 Kommunales Integrationszentrum
48565 Steinfurt

Absender:

Name, Vorname
Straße, Nr.
PLZ, Ort
Ort, Datum

Sprachmittlertätigkeit für das Kommunale Integrationszentrum Kreis Steinfurt

Sehr geehrte Damen und Herren,
im Monat _____ habe ich in folgendem Umfang Tätigkeiten als Sprachmittler/-in im Auftrag des
Kommunalen Integrationszentrum Kreis Steinfurt geleistet:

Datum	Name der Einrichtung	Umfang (Dauer des Termins inkl. Fahrtzeiten)
		____ h ____ min
		____ h ____ min
		____ h ____ min
		____ h ____ min
		____ h ____ min
Insgesamt:		____ h ____ min

Ich bitte um Überweisung der vereinbarten Vergütung auf folgendes Konto:

IBAN
BIC

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Vom KI auszufüllen:

Vergütung: _____