|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ihr Zeichen | Ihre Nachricht vom | Unser Zeichen | Datum |
|  |  |  |  |

#### Rechnung Nr.: „KostenstelleDatum“ (z.B.3125500021062013)

Leistungszeitraum: (bitte angeben!)

Sehr geehrte,

gemäß unserer Vereinbarung vom stellen wir Ihnen für unseren Aufwand/ unsere Leistung einen Betrag in Höhe von

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nettobetrag |  | 1,00 € |
| zzgl. 19 % USt. |   | 0,19 € |
| **Bruttobetrag** |  | **1,19 €** |

in Rechnung. Unsere Steuernummer lautet: **110/144/50000 – Finanzamt Halle**

Bitte überweisen Sie den o. g. Betrag bis zum auf die nachgenannte Bankverbindung.

###  Empfänger: Universitätsmedizin Halle (Saale)

 Commerzbank AG, Filiale Halle

 IBAN: DE 96 8004 0000 0111 7878 00

 SWIFT/BIC: COBADEFFXXX

 **Verwendungszweck: KST**

Wir bitten den Zahlungsgrund unbedingt anzugeben, damit die Zahlung richtig zugeordnet werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

Projektleiter