|  |  |
| --- | --- |
| **Rechnung für Schülertransportkosten** | Amt für Volksschule  Davidstrasse 31  9001 St.Gallen  T +41 58 229 34 32  T +41 58 229 59 51 |

Absender/in Sonderschuladresse

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name Kind | Vorname Kind |
| IBAN Bank oder Post | Inhaber Konto |
| RechnungssteIler: Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Reisedatum oder  Anzahl | Reisestrecke Schulweg | | Anzahl Billette | | | | Preis Billette | | Anzahl km mit Privatauto | | km-Ent-schädi-gung | Betrag in Fr. |
| einfache Fahrt | Retour-Fahrt | | Monats-abo | Hin | Rück | Hin- und Rückfahrt | km total |
|  | von  bis | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | von  bis | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | von  bis | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | von  bis | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | von  bis | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | von  bis | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Für die Überweisung bitte Einzahlungsschein beilegen. | | | | |  |  |  |  |  |  | **Total:** |  |
| Datum / Unterschrift Rechnungssteller | |  | | | | |  |  |
|  | | | | |  |  |

Feld leer lassen