|  |  |
| --- | --- |
| **Rechnung für Schülertransportkosten** | Amt für VolksschuleDavidstrasse 319001 St.GallenT +41 58 229 34 32T +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 oderAnzahl | 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