

**RECHNUNGSVORLAGE FÜR MEDIZINISCHE DIENSTLEISTUNGEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IHR LOGO** |  | ARZTRECHNUNG |
| Name des Unternehmens |  |  | **RECHNUNGSDATUM** |
| Hauptstraße 123 |  |  |  |
| Hadlingen, PLZ 44416 |  |  | **RECHNUNG NR.** |
| (321) 456-7890 |  |  |  |
| E-Mail-Adresse |  |  | **FÄLLIGKEITSDATUM** |
|  |  |  |  |
| **RECHNUNG AN** |  |  | **FÄLLIGER BETRAG** |
| Z. Hd.: Name / Abteilung |  |  |  |
| Name des Unternehmens |  |  |  |
| Hauptstraße 123 |  |  |  |
| Hadlingen, PLZ 44416 |  |  |  |
| (321) 456-7890 |  |  |  |
| E-Mail-Adresse |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **BESCHREIBUNG** | **GESAMT** |
|  |  |
| **TEILSUMME** |  |
| **SONSTIGES** |  |
| **GESAMT** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAHLUNG AN** |  | **GESCHÄFTSBEDINGUNGEN** |
| Z. Hd.: Name / Abteilung |  | • Zahlbar innerhalb von \_\_\_\_\_\_\_\_ Tagen nach Rechnungseingang. |
| Name des Unternehmens |  | **•** Eine Gebühr in Höhe von \_\_\_\_\_\_\_ % fällt pro Tag der Zahlungsverspätung an. |
| Hauptstraße 123 |  |  |
| Hadlingen, PLZ 44416 |  |  |

|  |
| --- |
| DANKE |
|  |  |  |  |
| *Bei Fragen zu dieser Rechnung wenden Sie sich bitte an* |
| Name, (321) 456-7890, E-Mail-Adresse |
| www.yourwebaddress.com |

|  |
| --- |
| **HAFTUNGSAUSSCHLUSS**Alle von Smartsheet auf der Website aufgeführten Artikel, Vorlagen oder Informationen dienen lediglich als Referenz. Wir versuchen, die Informationen stets zu aktualisieren und zu korrigieren. Wir geben jedoch, weder ausdrücklich noch stillschweigend, keine Zusicherungen oder Garantien jeglicher Art über die Vollständigkeit, Genauigkeit, Zuverlässigkeit, Eignung oder Verfügbarkeit in Bezug auf die Website oder die auf der Website enthaltenen Informationen, Artikel, Vorlagen oder zugehörigen Grafiken. Jegliches Vertrauen, das Sie in solche Informationen setzen, ist aus eigener Verantwortung. |