|  |
| --- |
|  |

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

#### Rechnung Nr.: „KostenstelleDatum“ (z.B.2510150422052019)

Leistungszeitraum: (bitte angeben!)

Sehr geehrte,

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

 **€**

in Rechnung.

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

###  Empfänger: Universitätsmedizin Halle (Saale)

 Commerzbank AG, Filiale Halle

 IBAN: DE 96 8004 0000 0111 7878 00

 SWIFT/BIC: COBADEFFXXX

 Zahlungsgrund: **KST**

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

Mit freundlichen Grüßen

Projektleiter