

# PLANRECHNUNG

1/1. Original Rechnung

AUSSTELLER VON RECHNUNG (Name, Adresse)

9400 Sopron

KUNDE (Name, Adresse)

50737 Köln

[ ]

Bezahlungsart	Leistungsdatum	Rechnungsdatum 2007.11.29	Termin der Bezahlung	Rechnungsnummer
---------------	----------------	------------------------------	----------------------	-----------------

Bezeichnung	Anz.	Ein.preis	Netto	Mws	Mwst Wert	Betrag
Krone Porzellan [RO3] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan [RO2] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan [RO1] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan [LO1] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan [RO2] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Blanke Metall-Keramik [LO3] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan [LO4] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Distal C.K. [LO4] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Distal C.K. [RO3] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Prothese Metallplatte [LO5-LO7] 2007.11.29	1 St.	1250,0	1250,0	0%	0,0	1250,0
<b>Total</b>			<b>3500,0</b>		<b>0,0</b>	<b>3500,0</b>

<b>Mwst/%</b>	<b>Netto</b>	<b>Mwst Wert</b>	<b>Brutto</b>
Mws	3500,0	0,0	3500,0
0%			

Zu zahlende Summe:

EUR 3500,0



Signatur

Signatur des Patienten:

# PLANRECHNUNG

1/1. Original Rechnung

AUSSTELLER VON RECHNUNG (Name, Adresse)

KUNDE (Name, Adresse)

9400 Sopron

50737 Köln

[REDACTED]

Bezahlungsart	Leistungsdatum	Rechnungsdatum 2007.11.29	Termin der Bezahlung	Rechnungsnummer
---------------	----------------	------------------------------	----------------------	-----------------

Bezeichnung	Anz.	Ein.preis	Netto	Mws	Mwst Wert	Betrag
Implantat Metall [LO5] 2007.11.29 Nobel Biocare Replace	1 St.	1000,0	1000,0	0%	0,0	1000,0
Implantat Metall [LO7] 2007.11.29	1 St.	1000,0	1000,0	0%	0,0	1000,0
Implantat Metall [RO4] 2007.11.29	1 St.	1000,0	1000,0	0%	0,0	1000,0
Implantat Metall [RO7] 2007.11.29	1 St.	1000,0	1000,0	0%	0,0	1000,0
Krone Porzellan Materialkosten [RO7] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Brücke Metall-Keramik [RO6] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Brücke Metall-Keramik [RO5] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan Materialkosten [RO4] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan [RO3] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan [RO2] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan [RO1] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan [LO1] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan [LO2] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Brücke Metall-Keramik [LO3] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan [LO4] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Krone Porzellan Materialkosten [LO5] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Brücke Metall-Keramik [LO6] 2007.11.29	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
<b>Übertrag:</b>			<b>7850,0</b>		<b>0,0</b>	<b>7850,0</b>

# PLANRECHNUNG

1/1. Original Rechnung

AUSSTELLER VON RECHNUNG (Name, Adresse)

9400 Sopron

KUNDE (Name, Adresse)

50737 Köln

Bezahlungsart	Leistungsdatum	Rechnungsdatum 2007.11.29	Termin der Bezahlung	Rechnungsnummer
---------------	----------------	------------------------------	----------------------	-----------------

Bezeichnung	Anz.	Ein.preis	Netto	Mws	Mwst Wert	Betrag
Übertrag:			7850,0		0,0	7850,0
Krone Porzellan	1 St.	250,0	250,0	0%	0,0	250,0
Materialkosten [L07] 2007.11.29	1 St.	200,0	200,0	0%	0,0	200,0
<b>Total</b>			<b>8300,0</b>		<b>0,0</b>	<b>8300,0</b>

<b>Mwst/%</b>			
Mws	Netto	Mwst Wert	Brutto
0%	8300,0	0,0	8300,0

zählende Summe:

EUR 8300,0



Signatur:

Signatur des Patienten: