

TW: 2203S

4351

**QUITTUNG**

Nachstehenden Betrag (Istbetrag) erhalten:

*S. Hof*  
 (Kassier)

Lfd. Nr.	Tag a) Anfall b) Zahlg.	Name und Wohnort des Kostenschuldners (ggf. auch Art der Kosten)	Soll										Gesamt-Soll		Ist-betrag		Reste		Bemerkungen (bei Nachnahme: Datum)
			EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	
5	17.06 2024	Pohlner	5,-		3,-				7,-				22,50				incl.	19 %	MwSt