

HILFEEMPFÄNGER Bitte in Blockschrift ausfüllen	HELPER Bitte in Blockschrift ausfüllen
Name/Vorname:	Name/Vorname:
Adresse: 4106 Therwil	Adresse: 4106 Therwil
Tel.Nr.:	Tel.Nr.:

Datum	Einsatz Fahrt / Hilfe	STD (pro Std. 10.00)	CHF	KM (pro Km. 0.90)	CHF	Total CHF	Unterschrift Auftraggeber	Unterschrift Helfer
TOTAL								