

Abrechnungsformular

- der Schulungsmaßnahme für pädagogischen Fachkräften „Umgang mit Diabetes Typ 1“
 einer Klassenfahrtbegleitung

Rechnungs-Nr.*

Persönl. Identifikationsnummer oder Steuernummer*

Name der Ambulanz/Praxis:	
Schulung/Klassenfahrtbegleitung wurde durchgeführt von:	
Vor- und Nachname des Kindes:	
Geburtsdatum des Kindes:	
Datum der Schulung:	
Name der vor Ort geschulten Einrichtung:	
Anzahl der Schulungsteilnehmer/-innen:	
Geschulte Berufsgruppen:	<input type="checkbox"/> Lehrer/-innen <input type="checkbox"/> Erzieher/-innen OGS <input type="checkbox"/> Erzieher/-innen Kita <input type="checkbox"/> Küchenkraft <input type="checkbox"/> Integrationshelfer/-in <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Erbrachter Leistungsumfang:	Vorbereitung: _____ Minuten
	Theoretischer Teil: _____ Minuten
	Praktischer Teil: _____ Minuten
	Summe Schulungszeit á 60€/h _____
Fahrzeit: _____ Minuten á 30€/h _____	
Fahrstrecke: _____ Kilometer á 0,30€ _____	
	Summe _____ €

Bitte um Überweisung des o.g. Betrages auf folgendes Konto:

Rechnungs-Ersteller

IBAN* **BIC** **Bank**

Datum*

Unterschrift*

*** diese Felder müssen immer ausgefüllt werden!**

Bitte unbedingt ankreuzen:

Eine Kostenübernahme bei der Krankenkasse, Schule, KiTa oder war zuvor erfolglos antragt ja nein

Schicken Sie diese Rechnung bitte zeitnah nur an eine dieser Adressen:

Koordinierungsstelle DiabSchule NRW, Pro Kid e.V., Altes Feld 35, 58313 Herdecke,

Email: schule@prokid-herdecke.de oder per Fax: 02302-9642709