

Abrechnungsformular Seminare/Informationsveranstaltung

für ein Seminar/Informationsveranstaltung für pädagogischen Fachkräfte
„Umgang mit Diabetes Typ 1“ (Nicht für Jugendhilfeeinrichtungen!)

Rechnungs-Nr.*

Persönl. Identifikationsnummer oder Steuernummer *

Name der Ambulanz/Praxis, die am Projekt „Diabetes in Schule und Kita NRW“ teilnimmt	
Seminar wurde durchgeführt von:	
Inhalt/Rahmen des Seminars/Info-Veranstaltung	
Zeitlicher Umfang des Seminars	
Datum und Ort der Durchführung des Seminars:	
Anzahl der Seminarteilnehmer/-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:	Summe (Pauschale von 250 EURO)
	Summe _____ €

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

Rechnungs-Ersteller *

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

Datum *

Unterschrift*

* diese Felder müssen immer ausgefüllt werden!

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

Koordinierungsstelle DiabSchule NRW, Pro Kid e.V., z.H. A. Disselnkötter, Altes Feld 35, 58313 Herdecke, oder Email: schule@prokid-herdecke.de oder an FAX: 02302 9642-709