

Abrechnungsformular

- der Schulungsmaßnahme für pädagogische Fachkräfte „Umgang mit Diabetes Typ 1“
 einer Klassenfahrtbegleitung

Die Durchführung der Maßnahme muß von den Eltern und der Schule/KiTa schriftlich bestätigt werden!

Rechnungs-Nr. *

Persönl. Identifikationsnummer oder Steuernummer*

Name der behandelnden 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"/> Integrationshelfer/-in (nicht alleine schulen, sonst über Träger zu finanzieren!) <input type="checkbox"/> Sonstige, z.B. Küchenkraft: _____
Erbrachter Leistungsumfang:	Seminar á 200 €: _____ €
	Aufsuchende fallbezog. Diabetesschulung á 175€ _____ €
	Klassenfahrtbetreuung á 150 €/Tag _____ €
	Summe _____ €

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

Rechnungs-Ersteller *
IBAN * **BIC** **Bank**

Datum* **Unterschrift***

*** diese Felder müssen immer ausgefüllt werden!**
 ** es können nur noch Schulungen für Kinder aus der Praxis Dr. Hilgard bzw. nach Absprache mit dessen Diabetesteam von uns durchgeführt und abgerechnet werden

Bitte unbedingt ankreuzen:
 Eine Kostenübernahme bei der Krankenkasse, Schule, KiTa oder war zuvor erfolglos beantragt ja nein
 Schicken Sie diese Rechnung bitte zeitnah an:
Pro Kid e.V., Altes Feld 35, 58313 Herdecke, Email: hilgard@prokid-herdecke.de oder Fax 02302-9642-709
Bei Rückfragen: schule@prokid-herdecke.de oder Handy A. Disselnkötter