

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Teilnahmebestätigung (Bitte immer unmittelbar nach den Übungsveranstaltungen quittieren)

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	R*)	H*)		Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

Bestätigung des/der Übungsleiters/in

Ich bestätige, dass der/die Versicherte an den oben aufgeführten Daten an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Datum, Unterschrift des/der Übungsleiters/in

Abrechnung

R 604503: _____ x _____ = _____ Euro
(Pos.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinbarter Vergütungssatz)

H 604504: _____ x _____ = _____ Euro
(Pos.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinbarter Vergütungssatz)

(Gesamtbetrag) Euro

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten:

Konto:	21 11 0700
Bankleitzahl:	472 603 07
Kreditinstitut:	Bank für Kirche und Caritas
Kontoinhaber:	MARIENaktiv Siegen e.V.
Institutionskennzeichen:	444594244

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationssport-/Funktionstrainingsgruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einem/r qualifizierten Übungsleiter/in geleitet werden und diese/r im Besitz einer gültigen Übungsleiter-Qualifikation ist.

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

*) Zutreffendes bitte ankreuzen:

R = Rehabilitationssport; H = Rehabilitationssport in Herzgruppen