

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.	W*)	T*)		Datum	Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

Nr.	W*)	T*)		Datum	Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers in
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

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 Zwischenabrechnung Nr. __ Endabrechnung

T 704506: _____ x _____ = _____ Euro
 (Pos.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinbarter Vergütungssatz)

W 704505: _____ x _____ = _____ Euro
 (Pos.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinbarter Vergütungssatz)

_____ Euro
(Gesamtbetrag)

Bei Zwischenabrechnung: Die letzte Abrechnung erfolgte am _____. Bislang wurden insgesamt _____ Monate für die vorliegende Verordnung abgerechnet.

Es wird um Überweisung des **Gesamtbetrages** auf unser Konto gebeten:

IBAN		Rechnungs-Nr. etc. (bitte bei Überweisungen angeben)
Kreditinstitut		
Kontoinhaber		
Institutionskennzeichen		

Es wird bestätigt, dass die 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