



.....
Absender

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Empfänger

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Datum

Abrechnung medizinische Anamnese und Zuweisung - Programm „easykids“

Leistungszeitraum:

Anzahl untersuchte/zugewiesene Kinder:

Betrag (EUR 40,- pro untersuchtem/zugewiesenem Kind lt. beiliegender Liste): **EUR**

Ich ersuche um Überweisung des Betrages auf mein Konto bei der:

Bank

IBAN

BIC

Mit freundlichen Grüßen

