

Briefkopf Praxis:

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

Steuernummer: \_\_\_\_\_

Rechnungsdatum: \_\_\_\_\_

## Rechnung

Behandlungsnachweis für: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Monat/Jahr: \_\_\_\_\_

Datum	Anzahl BE	Einzelförderung	Gruppenförderung*	Unterschrift Sorgeberechtigte

\* Gruppengröße

Behandlungseinheiten/Monat: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ € = \_\_\_\_\_ €

Reststunden: \_\_\_\_\_

Bitte überweisen Sie den Betrag auf das Konto bei der \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift