Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmenummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Blatt 6 - Abrechnungsvordruck für die Behinderten-Sportgemeinschaft des DBS oder der DGPR

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Name und Anschrift der Rehabilitationssportgruppe: **Ambulanter Herz- und Behindertensportverein Bad Freinwalde e. V.**
Lange Wiese 24, OT Altranft; 16259 Bad Freienwalde

Anforderung der Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Übungsveranstaltung am:	Bestätigung der Teilnehmerin / des Teilnehmers:

Übungsveranstaltung am:	Bestätigung der Teilnehmerin / des Teilnehmers:

G2735 PDF - Bl. 6
V001 - 06.06.2006

Übungsveranstaltung am:	Bestätigung der Teilnehmerin / des Teilnehmers:

Übungsveranstaltung am:	Bestätigung der Teilnehmerin / des Teilnehmers:

An den aufgeführten Tagen habe ich an den Übungsbehandlungen teilgenommen

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten, Datum

Es wird bestätigt, dass die Versicherte / der Versicherte an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsbehandlungen teilgenommen hat.

Unterschrift der Übungsleiterin / des Übungsleiters, Datum

Es wurde ☐ Rehabilitationssport ☐ Rehabilitationssport in Herzgruppen durchgeführt

Die Vergütung je Übungsveranstaltung beträgt
(für Reha-Sport 5,- EUR, für Reha-Sport in Herzgruppen 6,- EUR) _____ EUR

Anzahl der Übungsveranstaltungen _____

Gesamtbetrag _____ EUR

Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

Geldinstitut (Name, Ort)	Bankleitzahl	Kontonummer
VR Bank Fürstenwalde	17092404	4719514
Kontoinhaber / Kontoinhaber		
AHB Bad Freienwalde e.V.		

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer _____ Rechnung vom _____

Die ärztliche Verordnung (Kostenzusage G2735 - Bl. 2) ist als Anlage beigefügt

G2735 PDF - Bl. 6 Rs.
V001 - 06.06.2006