

Nr.	W*)	T*)	R*)	H*)	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in
32				X
33				X	
34	X				
35						
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

_____ x _____ =
 Euro (vereinbarer Vergütungssatz) (Gesamtbetrag)

(Anzahl der Übungsveranstaltungen)

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten:

Konto:
 Bankleitzahl:
 Kreditinstitut:
 Kontoinhaber:
 Institutionskennzeichen:

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:

W=Warmwassergymnastik; T=Trockengymnastik; R=Rehabilitationssport; H=Rehabilitationssport in Herzgruppen