

Nr.	R*	RK*	RW*	RWK*	RS*	RSK*	H*	HK*	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in (Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
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

<input type="checkbox"/> Rehasport (*R) 604503 (Pos.-Nr.) ACTK 6112000	<input type="checkbox"/> Rehasport im Wasser (*RW) 604509 (Pos.-Nr.) ACTK 6112000	<input type="checkbox"/> Rehasport Schwerstbehinderte (*RS) 604507 (Pos.-Nr.) ACTK 6112100	<input type="checkbox"/> Herzsport (*H) 604504 (Pos.-Nr.) ACTK 6112100
<input type="checkbox"/> Rehasport für Kinder (*RK) 604511 (Pos.-Nr.) ACTK 6112000	<input type="checkbox"/> Rehasport für Kinder im Wasser (*RWK) 604512 (Pos.-Nr.) ACTK 6112000	<input type="checkbox"/> Rehasport Schwerstbehinderte Kinder (*RSK) 604513 (Pos.-Nr.) ACTK 6112100	<input type="checkbox"/> Herzsport für Kinder (*HK) 604508 (Pos.-Nr.) ACTK 6112100

_____ x _____ = _____ Euro
Anzahl der Übungsveranstaltungen Vergütungssatz

_____ x _____ = _____ Euro = _____ Euro
Anzahl der Übungsveranstaltungen Vergütungssatz Gesamtbetrag

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

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten:

IBAN: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Institutionskennzeichen: _____

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationssportgruppe 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