



.....  
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:

Kontoinhaber (genauer Kontowortlaut):

.....

Bank .....

IBAN .....

BIC .....

Mit freundlichen Grüßen

## UNTERSUCHUNGSLISTE

[illegible]