

Abrechnungsformular „Akquiseleistungen“ im Rahmen der Richtlinie BieP für das Jahr

Fachteam

Leistungsvereinbarung vom

Name

Straße Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Bankverbindung

IBAN

BIC

| Datum | Stunden | Maßnahmen nach Richtlinie 9.3 | Durchgeführt durch | | |
|--------------|---------|----------------------------------|--------------------------|---------------|--------------|
| | | | Mitarbeiter/ -in Name | Qualifikation | Unterschrift |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Summe | | Entgeltstundensatz | Gesamtbetrag | | |

rechtskräftige Unterschrift

Wir bitten Sie, die Abrechnung an Vorzimmer.SG2A@bezirk-schwaben.de zu senden oder per Post an
Bezirk Schwaben, schwäbische Sozialpsychiatrie, Finanzabwicklung, Hafnerberg 10, 86152 Augsburg.