

**Anlage 2****der Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Funktionstrainings vom 01.01.2007**

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

**Teilnahmebestätigung** (Bitte immer unmittelbar nach den Übungsveranstaltungen quittieren)

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	W*)	T*)	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Nr.	W*)	T*)	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in
34				
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**

Pos.-Nr. 704506 \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Euro  
(ACTK 62/12/500) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinbarter Vergütungssatz)

Pos.-Nr. 704505 \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Euro  
(ACTK 62/12/500) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinbarter Vergütungssatz)

\_\_\_\_\_ Euro  
(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:

BIC:

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

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen: W = Wassergymnastik; T = Trockengymnastik