Versicherungsnummer

Absender

MSAT / MSNR

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz

Ausfertigung für die Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz
67340 Speyer

Prävention - Abrechnung von Leistungen und verauslagten Fahrkosten in der Trainingsphase

Name, Vorname	Telefon
Derzeitige Adresse: Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

Teilnahme vom _____ bis _____

Betrag für die Einweisung _____ EUR

Betrag für Trainingseinheiten Anzahl _____ x _____ EUR = _____ EUR

Betrag für Fahrkosten Anzahl _____ x _____ EUR = _____ EUR

Gesamtbetrag = _____ EUR

Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number) **D E**	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin/Kontoinhaber	
IK-Nummer	Pat.-Nr./Abrechnungsnummer

Die **Präventions-Dokumentation** (Formular G0195) und die **Teilnahmebestätigung** (Formular G0196) bitte als Anlagen beifügen (bei Online Phasen ist die Bestätigung der Einrichtung ausreichend). Eine Erstattung der oben genannten Kosten erfolgt, sobald diese Anlagen vorliegen.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Rehabilitationseinrichtung

G9531-16
Version 01001

Versicherungsnummer

Absender

MSAT / MSNR

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz

Ausfertigung für das ambulante Reha-Zentrum

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz
67340 Speyer

Prävention - Abrechnung von Leistungen und verauslagten Fahrkosten in der Trainingsphase

Name, Vorname	Telefon
Derzeitige Adresse: Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

Teilnahme vom _____ bis _____

Betrag für die Einweisung _____ EUR

Betrag für Trainingseinheiten Anzahl _____ x _____ EUR = _____ EUR

Betrag für Fahrkosten Anzahl _____ x _____ EUR = _____ EUR

Gesamtbetrag = _____ EUR

Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number) D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin/Kontoinhaber	
IK-Nummer	Pat.-Nr./Abrechnungsnummer

Die **Präventions-Dokumentation** (Formular G0195) und die **Teilnahmebestätigung** (Formular G0196) bitte als Anlagen beifügen (bei Online Phasen ist die Bestätigung der Einrichtung ausreichend). Eine Erstattung der oben genannten Kosten erfolgt, sobald diese Anlagen vorliegen.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Rehabilitationseinrichtung

G9531-16
Version 01001