

Versicherungsnummer

Absender

Method	MSAT / MSNR
Proposed	0.85
Baseline	0.75



Deutsche Rentenversicherung

Mitteldeutschland

Ausfertigung für die Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland

Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland
99117 Erfurt

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



