# Abrechnungsformular Seminare/Informationsveranstaltung

☐ für ein Seminar/Informationsveranstaltung für pädagogischen Fachkräfte „Umgang mit Diabetes Typ 1“

**Rechnungs-Nr. ….** **Rechnungs- Datum** …….

Persönl. Identifikationsnummer oder Steuernummer ……

| | |
|---|---|
| Name der Ambulanz/Praxis, die am Projekt „Diabetes in Schule und Kita NRW“ teilnimmt | |
| Seminar wurde durchgeführt von: | |

| | |
|---|---|
| Inhalt/Rahmen des Seminars/Info-Veranstaltung | |
| Zeitlicher Umfang des Seminars | |

| | |
|---|---|
| Datum und Ort der Durchführung des Seminars: | |
| Anzahl der Seminarteilnehmer/-innen: | |
| Geschulte Berufsgruppen: | ☐ Lehrer/-innen<br>☐ Erzieher/-innen OGS<br>☐ Erzieher/-innen Kita<br>☐ Küchenkraft<br>☐ Integrationshelfer/-in<br>☐ Sonstige:<br>_____ |
| Erbrachter Leistungsumfang: | Summe (Pauschale von 250 EURO) |
| | Summe _____ € |

**Bitte um Überweisung des o.g. Betrages auf folgendes Konto:**

Rechnungs-Ersteller ……..

IBAN …….. BIC …….. Bank ……..

_____ _____

Datum Unterschrift

Schicken Sie diese Rechnung bitte zeitnah an:
**Pro Kid e.V., z.H. A. Disselnkötter**
**FAX:** 02302 9642-709
**Email:** schule@prokid-herdecke.de