

Abrechnungsformular von Schulungskosten gegenüber dem SVOK e.V.

Abrechnender: (für jede Person je ein Formular verwenden)

- verantwortlicher Ärztin/verantwortlichem Arzt
 Schulungskraft
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Für folgende stattgefundene Schulung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ZI-Schulung ohne Insulin
 ZI-Schulung Insulin (konventionell)
 ZI-Schulung Normalinsulin
 Medias 2-Schulung
 ICT
 HBSP
 ZI-Schulung Hypertonie

- Schulungsort: _____
- Verantwortliche Ärztin/Verantwortlicher Arzt: _____
- Schulungskraft: _____
- Termine der Unterrichtseinheiten: _____
- Fahrtkosten über 5 km/Schulungseinheit
Gefahrene Kilometer/Unterrichtseinheit: _____
Anzahl Unterrichtseinheiten: _____

Bemerkungen: _____

Der Betrag soll auf das in der Beitrittserklärung angegebene Konto überwiesen werden.

Der Betrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber: _____
Bank: _____
BLZ: _____
Konto-Nr. _____

Datum:

Unterschrift:

Bitte die von Ihnen angebotenen Schulungskurse für das *3. Quartal 2006* verbindlich eintragen und bis spätestens 10.06.2006 faxen an:
 Praxis Dr. Czyborra, Calvörde, , Fax-Nr. 039051/96572.

Kursangebot	Schulungsort/ Termine	Schulungsort/ Termine	Schulungsort/ Termine	Schulungsort/ Termine
ZI-Schulung Typ 2-Diabetes ohne Insulin 4*2*45 min				
ZI-Schulung Typ 2-Diabetes mit Insulin (CT) 5*2*45 min				
ZI-Schulung Typ 2-Diabetes mit Normalinsulin 5*2*45 min				
ZI-Schulung Typ 1-Diabetes/Typ 2-Diabetes intens. Therapie (ICT)12*2*45				
Medias 2 Typ 2-Diabetes 8/12*2*45 min				
ZI-Schulung Hypertonie 4*2*45 min				
Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) 4*2*45 min				

Anlage 2