

Anlage 1

Abrechnungsbogen

Zeitraum der Schulung: _____

Nr.	KV-Nummer	Name, Vorname	Unterschrift*
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

* mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Teilnahme am Schulungsmodul „Bewegung“.

Bitte senden Sie den Abrechnungsbogen ausgefüllt an die

AOK Sachsen-Anhalt
2.9 Disease Management
Lüneburger Straße 4
39106 Magdeburg.