

Verordnung Rehasport

gültig von _____

bis _____

maximale Anzahl der Einheiten im Bewilligungszeitraum: _____

hier abtrennen.....

Name:

Vorname:

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass mir Einheiten, die ich außerhalb des Bewilligungszeitraumes oder über die maximal genehmigte Anzahl hinaus in Anspruch nehme, privat in Rechnung gestellt werden.

Datum:

Unterschrift Teilnehmer

Unterschrift Sprechstunde