



Bescheinigung über die Teilnahme an dem interdisziplinären Schulungsprogramm M.O.B.I.L.I.S.

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

hat in der Zeit vom _____ bis _____ an dem M.O.B.I.L.I.S.-Schulungsprogramm teilgenommen.

_____ war an _____ % der Programmeinheiten anwesend.

Die Teilnehmergebühr in Höhe von € _____ wurde entrichtet.

Ort, den

Unterschrift/Stempel

(Vom Teilnehmer auszufüllen)

Hiermit bitte ich um anteilige Kostenerstattung für diese Patientenschulung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SBG V.

Unter der Voraussetzung einer regelmäßigen Teilnahme an dem Programm hat die Krankenkasse am _____ einer Kostenbeteiligung zugestimmt.

Meine Bankverbindung lautet:

IBAN:

falls abweichend Name des Kontoinhabers

BIC

Geldinstitut

Datum

Unterschrift