

Absender/in:

Märkischer Kreis
 Fachdienst Soziales
 Bismarckstraße 17
 58762 Altena

Bescheinigung des Leistungsanbieters (TeHa)

Leistungsanbieter	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefonnummer für eventuelle Rückfragen	E-Mail
Ansprechpartner(in)	

Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen

Geburtsdatum

verbindlich

Kurzbeschreibung
Die Kosten betragen €

Die Zahlung soll wie folgt erfolgen:

Kontoinhaber / Leistungserbringer	
Bankinstitut	BLZ
Kontonummer	Verwendungszweck
Abrechnungsmodus <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> jährlich	

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel Leistungsanbieter