„Kindergarten-Vorsorgeprogramm des Landes Tirol“

Forderungsnachweis für augenfachärztliche Untersuchungen (ab 1.1.2024)

der Augenfachärztin/des Augenfacharztes Dr. .....

Praxisort .....

Mail-Adresse ……

Ich stimme zu, dass meine Daten (Name, Adresse, Telefonnummer u. E-Mail) zum Zwecke der Abrechnung und Bearbeitung bezüglich des Kindergarten-Vorsorgeprogramms verwendet werden.

Kindergarten	***Kinderanzahl***	***Krankhafte Befunde***	***Datum***	***km***
Summe:				

⇨ für ..... Untersuchungen innerhalb des Praxisortes à € 14,40 € .....

⇨ für ..... Untersuchungen außerhalb des Praxisortes à € 18,00 € .....

⇨ für ..... km mit eigenem Pkw à € 0,42 € .....

Zwischensumme: € **.....**

⇨ gesetzliche Pauschale lt. Beihilfengesetz für den Gesundheits- und Sozialbereich (3,9 %) gerechnet von der Zwischensumme € .....

GESAMTSUMME: **€ .....**

IBAN …….....

BIC …….....

....., am .....

Soll	Kontierung	Haben
1 512509 7270 044		
Sachlich richtig		
Rechnerisch anerkannt mit €		
Zur Zahlung angewiesen		
Beleg Nummer	Gebucht am:	

.....

Unterschrift und Stempel
der Ärztin/des Arztes