



Absender:

(Stempel des Therapeuten)

Angelikastr. 4
01099 Dresden

Info-Tel: (Mo - Fr: 9 - 12 h)
0351 - 5000 5959

Therapiefonds:
Tel: 0351 - 26 70 879
Fax: 0351 - 84 72 27 94

Therapiefonds der Gesundheitsinitiative Dresden

z. Hd. Dr. med. Michael Schnur

Fritz-Reuter-Straße 10 a

01097 Dresden

Formular III

Zahlungsaufforderung

Dresden, den

Betr: Pat. geboren am:
Name, Vorname

Sehr geehrte Treuhänder des Therapiefonds,

die Therapie mit oben genanntem Patienten ist abgeschlossen. Eine Rechnung über die
Therapiekosten wurde an den Patienten gestellt und die Honorarforderung ist beglichen.

Wir bitten, die bewilligte Unterstützung

in Höhe von..... Euro auf das folgende Konto des Patienten zu überweisen:

Kontoinhaber (wenn abweichend vom Patientennamen)

IBAN: DE □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

Geldinstitut:

Dresden, den Unterschrift des Therapeuten.....

Bearbeitungsvermerke des Therapiefonds:

- Formulare I , II und III sind vollständig ausgefüllt
- Die zu oben genannte Summe wurde mit Formular II bewilligt
- Bewilligte Summe wurde zur Überweisung angewiesen am

Für den Therapiefonds:

Dresden, den Unterschrift:

[Empty box for stamp or signature]

- Betrag überwiesen am Unterschrift

Spendenkonto für den Therapiefonds

IBAN: DE87 4306 0967 1118 0422 04

BIC: GENODEM1GLS

GLS Gemeinschaftsbank e.G.