

Kostenaufstellung* der Ehrenamtlichen für Supervisionen und Erstqualifizierungskurs durch entsprechend qualifizierte externe Kraft

Nachfolgende Kosten (nachzuweisen durch detaillierte Rechnung, Beleg o. ä., keine selbst erstellte Auflistung) sind dem ambulanten Hospizdienst entstanden:

Name der externen Kraft	Rechnungsdatum	Supervision**	Erstqualifizierung**	Kosten EUR*
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gesamtkosten EUR Supervision/Erstqualifizierung: _____

*Hierzu zählen nicht Sach- und Betriebskosten (z. B. Raummieten).

** Bitte Zutreffendes kennzeichnen

Datum

Unterschrift

Insgesamt _____ EUR