

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