

Feld für interne Angaben:

Debitoren-Nr.: 3 0 / \_ \_ \_

Freigabe: \_\_\_\_\_



## Rückerstattung der Essensbeiträge 2020 auf Grund von Krankheit

Erziehungsberechtigte/r:	Anschrift
Name:	Straße:
Vorname:	PLZ: <span style="float: right;">Ort:</span>
Name <b>Kind:</b>	E-Mail:
Vorname <b>Kind:</b>	
Geburtsdatum <b>Kind:</b>	

Bankverbindung:
IBAN: DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
BIC: _ _ _ _ _ _ _ _
Kreditinstitut: _____

### Krankheitstage (mit x kennzeichnen):

	01.09.20	Di		01.10.20	Do		01.11.20	So		01.12.20	Di
	02.09.20	Mi		02.10.20	Fr		02.11.20	Mo		02.12.20	Mi
	03.09.20	Do		03.10.20	Sa		03.11.20	Di		03.12.20	Do
	04.09.20	Fr		04.10.20	So		04.11.20	Mi		04.12.20	Fr
	05.09.20	Sa		05.10.20	Mo		05.11.20	Do		05.12.20	Sa
	06.09.20	So		06.10.20	Di		06.11.20	Fr		06.12.20	So
	07.09.20	Mo		07.10.20	Mi		07.11.20	Sa		07.12.20	Mo
	08.09.20	Di		08.10.20	Do		08.11.20	So		08.12.20	Di
	09.09.20	Mi		09.10.20	Fr		09.11.20	Mo		09.12.20	Mi
	10.09.20	Do		10.10.20	Sa		10.11.20	Di		10.12.20	Do
	11.09.20	Fr		11.10.20	So		11.11.20	Mi		11.12.20	Fr
	12.09.20	Sa		12.10.20	Mo		12.11.20	Do		12.12.20	Sa
	13.09.20	So		13.10.20	Di		13.11.20	Fr		13.12.20	So
	14.09.20	Mo		14.10.20	Mi		14.11.20	Sa		14.12.20	Mo
	15.09.20	Di		15.10.20	Do		15.11.20	So		15.12.20	Di
	16.09.20	Mi		16.10.20	Fr		16.11.20	Mo		16.12.20	Mi
	17.09.20	Do		17.10.20	Sa		17.11.20	Di		17.12.20	Do
	18.09.20	Fr		18.10.20	So		18.11.20	Mi		18.12.20	Fr
	19.09.20	Sa		19.10.20	Mo		19.11.20	Do		19.12.20	Sa
	20.09.20	So		20.10.20	Di		20.11.20	Fr		20.12.20	So
	21.09.20	Mo		21.10.20	Mi		21.11.20	Sa		21.12.20	Mo
	22.09.20	Di		22.10.20	Do		22.11.20	So		22.12.20	Di
	23.09.20	Mi		23.10.20	Fr		23.11.20	Mo		23.12.20	Mi
	24.09.20	Do		24.10.20	Sa		24.11.20	Di		24.12.20	Do
	25.09.20	Fr		25.10.20	So		25.11.20	Mi		25.12.20	Fr
	26.09.20	Sa		26.10.20	Mo		26.11.20	Do		26.12.20	Sa
	27.09.20	So		27.10.20	Di		27.11.20	Fr		27.12.20	So
	28.09.20	Mo		28.10.20	Mi		28.11.20	Sa		28.12.20	Mo
	29.09.20	Di		29.10.20	Do		29.11.20	So		29.12.20	Di
	30.09.20	Mi		30.10.20	Fr		30.11.20	Mo		30.12.20	Mi
				31.10.20	Sa					31.12.20	Do

**Anzahl aller Krankheitstage:** \_\_\_\_\_

Ich spende den Rückerstattungsbeitrag an die gemeinnützige GmbH GaBiBe und wünsche um Zusendung einer Spendenquittung per E-Mail.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_ . \_\_ . 20\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_