

ANGABEN

MITARBEITER-NR.

NAME, VORNAME

TELEFONNUMMER

STRASSE, NR.

PLZ, ORT

KRANKENKASSE

VERSICHERTEN-NR.

EINSÄTZE

NR.	DATUM	BEGINN	ENDE	Unterschrift Mitarbeiter	Unterschrift Kunde
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Mindesteinsatzdauer: 1 Stunde, abgerechnet in 15-Minuten-Schritten.

Stornogeühren: 50 % des Stundensatzes bei Absagen unter 24 Stunden, voller Satz unter 6 Stunden.

Fahrtkosten während Einsätzen: 0,30 EUR/km.

Anfahrtpauschale: 5,69 EUR pro Einsatz, einmalig pro leistungsberechtigte Person.

Ausfallkosten werden nicht von Krankenkassen übernommen, sondern dem Auftraggeber berechnet.

Abtretungserklärung: Bitte zahlen Sie direkt an den Leistungserbringer, Wolkenfreie Zeit UG (haftungsbeschränkt), Pünstorfer Str. 63 in 25524 Itzehoe.

Datenschutz: Ihre Daten dienen der Abwicklung und Abrechnung unserer Services (intern oder über einen Dienstleister). Eine Weitergabe erfolgt nur, wenn nötig oder gesetzlich erforderlich. Ihre Rechte: Zugriff, Korrektur, Löschung und Widerspruch. Bei Fragen kontaktieren Sie uns.

Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie diese Bedingungen.

Datum

Unterschrift Kunde