|  |  |
| --- | --- |
| Absender | Bearbeitung: |
|  |       |
|  | Tel.: |
|  |       |
|  | Fax: |
| Empfänger |       |
| E-Mail: |
|       |
| Datum: |
| 22.12.2023 |

**Generalistische Pflegeausbildung**

Weiterleitung von Ausgleichszahlungen an Kooperationspartner

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund folgendem Pflichteinsatz bitten wir um Weiterleitung der in Ihren Ausgleichszuweisung enthaltenen Leistungen entsprechend § 34 Abs. 2 Pflegeberufegesetz (PflBG) in Höhe von **€**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Name Auszubildende(r) |       |
|  | Pflichteinsatz |  |
|  | Zeitraum |       |
|  |  |  |
|  | Pflichteinsatzstunden |  |  |
| x | Verrechnungssatz |       € |  |
| **=** | **Ausgleichszahlung** |       **€** | Bescheinigung nach § 4 Nr. 21 bb) UStG liegt vor |

Wir bitten um Überweisung innerhalb von    Tagen an folgende Bankverbindung:

|  |  |
| --- | --- |
| IBAN |       |
| BIC |       |
| Verwendungszweck |       |

Mit freundlichen Grüßen