ANTRAG AUF RUHEWOCHEN

_____ _____

Name, Vorname (und ggf. gesetzlicher Vertreter) Mandatsreferenznummer

_____ _____

Straße PLZ, Wohnort

O Attest _____

➡ Ab 3 Wochen, Prognose über die Ausfallzeit notwendig, sonst begrenzt auf max. 8 Wochen.

O Pause/Urlaub _____

➡ Ab 4 Wochen, max. 26 Wochen pro Jahr.

Hiermit bestätige ich, dass die laut AGB vereinbarte Bearbeitungsgebühr i.H.v. 5,00 €, für jeden einzelnen Vorgang (auch bei nachträglicher Verlängerung/Reduzierung durch das Mitglied), per Lastschrift von meinem bekannten Konto eingezogen werden darf.

_____ _____

Datum/ Unterschrift Mitglied Datum/ Unterschrift Therapeut

Dieser Bereich wird von Mitarbeitern ausgefüllt *P:* _____ / _____

Beginn der Ruhewochen: _____

+ _____ Wochen

Wiederbeginn der Beitragszahlung: _____

_____ / _____