

Anlage 16a – Abrechnungsf formular zur Kinderwunschbehandlung

Ihr Logo
Ihre Anschrift

Adresse Reprontrum

Frau
Anna Test
Musterstr. 11
11111 Musterstadt

Abrechnung der Leistungen bzgl. Ihrer Teilnahme am Programm „BKK Kinderwunsch“

Bitte geben Sie bei Ihrer Zahlung folgende Daten im Verwendungszweck an:
Rechnungsdatum: TT.MM.JJJJ Rechnungsnummer: XXXXXXXX

Sehr geehrte Frau Test,

im Rahmen Ihrer Teilnahme am Programm „BKK Kinderwunsch“ sind folgende Leistungen durchgeführt worden:

Durchgeführte Leistung am	Leistungsbezeichnung	Gesamtkosten in Euro	BKK-Anteil in Euro	Ihr Anteil in Euro
	. Versuch IVF			
	. Versuch ICSI			
	Kryozyklus		350,00	
	Blastozystenkultur		250,00	
	4. Versuch IVF		500,00	
	4. Versuch ICSI		700,00	

Bitte überweisen Sie Ihren Anteil in Höhe von _____ Euro innerhalb von 14 Tagen an folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber: xxxxxx

IBAN: xxxx xxxx xxxx xxxx xx

BIC: xxxxxxxxxxxx

Mit freundlichen Grüßen

Kinderwunschzentrum XXX

Ihre Zentrumsangaben