

Anlage 16b – Abrechnungsformular zur Kryokonservierung

Ihr Logo

Ihre Anschrift

Adresse Reprozentrum

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/r Frau/Herr 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 |
|---------------------------|---|----------------------|--------------------|--------------------|
| | Kryokonservierung von Zellmaterial (Eizellen oder Ejakulat) | | 100,00 | |

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