

Qualitätsmerkmale für die SPZ
Formblatt Aufwandsentschädigung

Vor- und Nachname

der/des Visitorin /Visitors: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Aufwandsentschädigung für die Visitation eines SPZ

Für die Visitation des SPZ
am _____ im Rahmen des Verfahrens zur Qualitätsentwicklung in den
Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland initiiert vom Landschaftverband
Rheinland und der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. bitte
ich um Überweisung der Aufwandsentschädigung in Höhe von 250,00 Euro.
Die Fahrt- und Reisekosten sind in der Pauschale enthalten.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:

Name der/des Kontoinhaberin/Kontoinhabers: _____

Bankinstitut: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Für die Abführung der Umsatzsteuer und die Abführung der mich betreffenden
Einkommenssteuer habe ich eigenständig Sorge zu tragen. Mir ist bekannt, dass von
Ihrem SPZ keinerlei Steuern, Sozialabgaben oder sonstige Versicherungsbei- träge
geleistet und abgeführt werden.

Ort, Datum

Unterschrift