

Rechnung Hilfsmittel am Arbeitsplatz/ im Aufgabenbereich

Rechnungsdatum _____

Versicherte Person

Name, Vorname _____

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx) _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Rechnungssteller

Name, Vorname (falls nicht versicherte Person) _____

E-Mail, Telefon (bei Rückfragen) _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Abrechnung

Mitteilungs- / Verfügungsnummer _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Name, Vorname der Kontoinhaber _____

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber _____

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber _____

Hilfsmittel am Arbeitsplatz, im Aufgabenbereich, zur Schulung und Ausbildung ¹			
Art der Versorgung:		<input type="checkbox"/> Erstversorgung	<input type="checkbox"/> Folgeversorgung
		Tarifziffer	Betrag in CHF
Computer/Laptop/Tablets inkl. Software		914.131.1	
FM-Anlagen	Ohne Batterien	914.131.2	
Hilfsmittel für die Landwirtschaft (Traktorsitze etc.) ²		914.131.4	
Sitz-/Liege-/Stehvorrichtungen sowie Arbeitsflächen		914.131.5	
Andere Hilfsmittel		914.131.6	

Total in CHF _____

Die Originalrechnung des Leistungserbringers muss in jedem Fall mit dem Formular eingereicht werden.

Bei Fremdwährungen ist die Währungsart deutlich zu bezeichnen.

Bemerkungen/Ergänzungen

¹ Ohne EDV für Blinde (Tarifvereinbarung)

² Ohne selbstamortisierende Darlehen