

Rechnung für versicherte Personen in der beruflichen Eingliederung

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

NIF (falls vorhanden) _____

Mitteilungs- / Verfügungsnummer _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Name, Vorname der Kontoinhaber (falls nicht Rechnungssteller) _____

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber _____

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber _____

Datum der erbrachten Leistung oder Abrechnungsperiode (z.B. bei Kurs)	Bezeichnung der abgerechneten Leistung	Anzahl	Tarifziffer (siehe Mitteilung/Verfügung)	Preis pro Einheit	Betrag in CHF

Total in CHF _____

Bemerkungen/Ergänzungen

Bitte senden Sie dieses Formular an die zuständige IV-Stelle.
Originalrechnungen sind dieser Rechnung beizulegen.