



# Rechnung für Leistungserbringer von Massnahmen zur beruflichen Eingliederung (ohne Vereinbarung<sup>1</sup>)

Rechnungsdatum \_\_\_\_\_

**Versicherte Person**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx), falls bekannt \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

**Rechnungssteller**

Name, Vorname (falls nicht versicherte Person) \_\_\_\_\_

E-Mail, Telefon (bei Rückfragen) \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

**Abrechnung**

NIF oder GLN (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	Bezeichnung der abgerechneten Leistung	Anzahl Entschädigungseinheiten	Tarifziffer (siehe Mitteilung/Verfügung)	Tarif	Betrag in CHF

Total in CHF \_\_\_\_\_

**Bemerkungen/Ergänzungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte senden Sie dieses Formular an die zuständige IV-Stelle.

<sup>1</sup> Leistungserbringer mit einer Vereinbarung rechnen nur noch elektronisch ab