

Abrechnungsformular für Betreuungspauschale

Empfänger:

Absender/Schulungskraft:

Mediq Direkt Diabetes GmbH
Pumpenkompetenzzentrum
Bärensteiner Straße 27-29
01277 Dresden

Steuer-Nr.: _____

Honorarabrechnung Nr.: _____

Gemäß der Honorarvereinbarung vom _____

entsprechend der

Betreuungspauschale

für den Kunden/die Kundin

(Name und Anschrift des Kunden/der Kundin)

Der Kunde/die Kundin erhielt von MDD Hilfsmittel / Zubehör für eine Insulinpumpe/ein CGM-System:

(Typ der Insulinpumpe/ CGM-System)

Die **Betreuungspauschale** für die Anwendung des
Insulinpumpen-, CGM- und/oder AID Systems:

für den Versorgungszeitraum nach der techn. Einweisung Versorgungs-Quartal 1 2

Betrag netto für Pauschale: _____ €

MwSt. 19 %: _____ €

Betrag brutto: _____ €

Bankverbindung:

Kontoinhaber: _____ Name der Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kein Umsatzsteuerausweis, da Kleinunternehmer (nach § 19UStG).
(ansonsten, gesonderter Ausweis der Umsatzsteuer)

Steuerpflicht: Das erhaltene Honorar ist einkommenssteuerpflichtig. Für die Entrichtung der Steuer im Sinne des Einkommenssteuergesetzes zeichnet der/die Empfänger(in) des Honorars verantwortlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Schulungskraft