UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

Fachstelle Sonderpädagogik

Früh- und Nachschulbereich
Abteilung Entwicklungspädiatrie

Rechnung für Diagnostik Heilpädagogische Früherziehung

Rechnungsdatum		**Rechnungs-Nr.**		**ID-Nr.**	

Rechnungssteller/in		**Kind / Patient**	
Fachstelle		Name, Vorname	
Adresse		Adresse / Wohnort	
PLZ / Ort		Geburtsdatum	

Kontoangaben	
Bank / Post	
Adresse	
PLZ/Ort	
Konto-/IBAN-Nr.	
Clearing-Nr.	

Leistungserbringer/in			**Leistungsgebiet**			
Name, Vorname			HFE		Audiopädagogik	
Tarif	**Standard**	176.50	HFE LV		Logo USZ	
			Hörsehbehindertenpädagogik			

Datum	**Diagnostik** Min.	**Zwischentotal**	**Fahrkosten**		Total
			regional	**kantonal**	
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
		0.00			0.00
Summe Min.	0				
Rechnungstotal		**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**

Bitte leer lassen, wird durch Fachstelle ausgefüllt

Rechnung eingesehen und weitergeleitet:

Datum:

Kürzel:

Konto-Nr.:

Kostenstelle: