



Angelikastr. 4  
01099 Dresden

Info-Tel: (Mo - Fr: 9 - 12 h)  
0351 - 5000 5959

Therapiefonds:  
Tel: 0351 - 830 51 88  
Fax: 0351 - 838 67 88

Absender:

(Stempel des Therapeuten)

Frau Dr. med. Pia Inter  
Therapiefonds der Gesundheitsinitiative Dresden  
Kellereistr. 3  
01445 Radebeul

## Formular III

### Zahlungsaufforderung

Dresden, den .....

Betr: Pat. ....  
Name, Vorname

geboren am: .....

Sehr geehrte Treuhänder des Therapiefonds,

die Therapie mit oben genanntem Patienten ist abgeschlossen. Eine Rechnung wurde an den Patienten gestellt und die Honorarforderung ist beglichen.

Wir bitten, die bewilligte Unterstützung in Höhe von

..... Euro

auf das folgende Konto des Patienten zu überweisen:

Kto-Nr: .....

Geldinstitut: ..... (BLZ: .....)

Dresden, den ..... Unterschrift des Therapeuten.....

### Bearbeitungsvermerke des Therapiefonds:

- Vorgang geprüft
- Bewilligten Therapiekostenzuschuss zur Überweisung an den Patienten angewiesen am .....

Für den Therapiefonds: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....

### Spendenkonto für den Therapiefonds

IBAN: DE87 4306 0967 1118 0422 04  
BIC: GENODEM1GLS  
GLS Gemeinschaftsbank e.G.

E-Mail: info@gesundheitsinitiative-dresden.de  
Web: www.gesundheitsinitiative-dresden.de