jobcenter
Märkischer Kreis

TeHa Bescheinigung Leistungsanbieter

Leistungsanbieter	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail	
Ansprechpartner	

Name, Vorname | Geburtsdatum/BG-Nr.

nimmt **verbindlich** an folgender Veranstaltung, folgendem Kurs teil/ ist Mitglied in unserem Verein

Bitte kurze Beschreibung

Die Kosten betragen
monatlich ☐ ___€
Jährlich ☐ ___€
für den Kurs ☐ ___€
für die Veranstaltung ☐ ___€

Eine Zahlung soll wie folgt erfolgen:

Leistungserbringer	
Anschrift **E-Mail-Adresse**	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
Verwendungszweck	

Falls hier keine Angabe erfolgt, Name, Vorname des Berechtigten

Abrechnungsmodus monatlich ☐ vierteljährlich ☐ jährlich ☐

Ort, Datum | Unterschrift / Stempel Leistungsanbieter