****

**Mentoring – Abrechnung**

...…………………………………………………………………………………………………………

Name Vertragsarzt/Mentor, Geburtsdatum, Ordinationsadresse Mentor

……………………………………………………………………………………………………………

Name Mentee 1, Geburtsdatum, Dienstgeber

……………………………………………………………………………………………………………

Name Mentee 2, Geburtsdatum, Dienstgeber

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mentee 1 – Datum | Mentee 2 - Datum |
| 1. Einheit |  |  |
| 2. Einheit |  |  |
| 3. Einheit |  |  |
| 4. Einheit |  |  |
| 5. Einheit |  |  |
| 6. Einheit |  |  |
| 7. Einheit |  |  |
| 8. Einheit |  |  |
| 9. Einheit |  |  |
| 10. Einheit |  |  |
| 11. Einheit |  |  |
| 12. Einheit |  |  |
| 13. Einheit |  |  |
| 14. Einheit |  |  |
| 15. Einheit |  |  |
| 16. Einheit |  |  |
| 17. Einheit |  |  |
| 18. Einheit |  |  |
| 19. Einheit |  |  |
| 20. Einheit |  |  |

Ich beantrage die Auszahlung der Aufwandentschädigung in Höhe von €…………………….
(Pro Jahr werden – unabhängig davon ob 1 oder 2 Mentees betreut werden – insgesamt höchstens 20 Einheiten à € 80 vergütet)

auf das Konto: IBAN ……………………………………………………….

……………………….., am ………………………...

(Ort) (Datum)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Vertragsstempel + Unterschrift Mentor | Unterschrift Mentee 1 | Unterschrift Mentee 2 |