



## Bestätigung der Praxisbegleitung

### 1 NAME UND ANSCHRIFT DES PRAXISBEGLEITERS/ DER PRAXISBEGLEITERIN:

(Name)

(Vorname)

(Straße, Hausnr.)

(PLZ, Ort)

### 2 NAME DER KOLPINGSFAMILIE, DIE BEGLEITET UND BERATEN WURDE:

### 3 TERMINE, AN DENEN DIE KOLPINGSFAMILIE BEGLEITET UND BERATEN WURDE:

1.	von	Uhr	bis	Uhr
2.	von	Uhr	bis	Uhr
3.	von	Uhr	bis	Uhr
4.	von	Uhr	bis	Uhr
5.	von	Uhr	bis	Uhr

### 4 KOSTEN:

Folgende Zahlungen sind an die Praxisbegleiterin / den Praxisbegleiter erfolgt:

Aufwandsentschädigung in Höhe von \_\_\_\_\_ €

Fahrtkosten in Höhe von \_\_\_\_\_ €

### 5 BESTÄTIGUNG DES DIÖZESANVERBANDES - BESTÄTIGUNG DER O. G. ANGABEN!

(Ort, Datum)

( Unterschrift der/des DV-Verantwortlichen)

### 6 BESTÄTIGUNG DER PRAXISBEGLEITERIN / DES PRAXISBEGLEITERS - BESTÄTIGUNG DER O. G. ANGABEN!

(Ort, Datum)

(Unterschrift Praxisbegleiter/in)