

Rechnung für Leistungserbringer von Massnahmen zur beruflichen Eingliederung (ohne Vereinbarung¹)

Rechnungsdatum

Versicherte Person

Name, Vorname

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx), falls bekannt

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Rechnungssteller

Name, Vorname (falls nicht versicherte Person)

E-Mail, Telefon (bei Rückfragen)

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Abrechnung

GLN (falls vorhanden)

Mitteilungs- / Verfügungsnummer

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x)

Name, Vorname der Kontoinhaber (falls nicht Rechnungssteller)

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber

Datum der erbrachten Leistung oder Abrechnungsperiode	Bezeichnung der abgerechneten Leistung	Anzahl Entschädigungseinheiten	Tarifziffer (siehe Mitteilung/ Verfügung)	Tarif	Betrag in CHF

Total in CHF

Bemerkungen/Ergänzungen

Bitte senden Sie dieses Formular an die zuständige IV-Stelle.

¹ Leistungserbringer mit einer Vereinbarung rechnen nur noch elektronisch ab