



MITTAGESSEN



Pro Arbeit – Kreis Offenbach – (AöR)
 Kommunales Jobcenter
 Max-Planck-Straße 1–3, 63303 Dreieich
 Telefon: 06074 8058-555 · Fax: 06074 8058-952
 E-Mail: btp@proarbeit-kreis-of.de
www.bildung-und-teilhabe-kreis-of.de

ABRECHNUNG
Leistungsanbieter

Name des Leistungsanbieters _____

Anschrift des Leistungsanbieters _____

Abrechnungszeitraum Monat / Jahr Preis pro Essen € Abrechnung erfolgt gemäß Leistungsvereinbarung vom

Im Rahmen der Bildungs- und Teilhabeleistungen werden die Mittagsverpflegungskosten für folgende Kinder in Rechnung gestellt:

Name KIND	Vorname KIND	Aktenzeichen	Bewilligt von - bis	Anzahl der Essen	Betrag pro Kind	Bemerkung

Name KIND	Vorname KIND	Aktenzeichen	Bewilligt von - bis	Anzahl der Essen	Betrag pro Kind	Bemerkung
Gesamt						

Der Gesamtbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoverbindung
IBAN

Verwendungszweck / Zeichen

Ansprechpartner/in

Unterschrift und Stempel des Leistungsanbieters

Ort, Datum



Pro Arbeit – Kreis Offenbach – (AöR)
Kommunales Jobcenter
Max-Planck-Straße 1–3, 63303 Dreieich
Telefon: 06074 8058-555 · Fax: 06074 8058-952
E-Mail: btp@proarbeit-kreis-of.de
www.bildung-und-teilhabe-kreis-of.de