

Name und Anschrift
der Einrichtung (ggf. Stempel):

Jobcenter Bayreuth Land
Bildung und Teilhabe
Casselmanstr. 6
95444 Bayreuth

Abrechnung

Kosten für die Mittagsverpflegung in der Kita/Schule

Einrichtung: _____

Name, Vorname des Kindes: _____

geboren am: _____

BG-Nummer: **72304//000** _____ (bitte unbedingt angeben)

Abrechnungsmonat	Anzahl der Essen	Kosten pro Essen _____ €	Erstattung

Bitte auf folgendes Konto überweisen:

Empfänger: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Verwendungszweck: _____ (maximal 27 Zeichen)

Datum,

Unterschrift der Einrichtung