# Auflistung der externen

# Schulungskosten für die fest angestellte Kraft

# gem. § 5 Abs. 2

# aus dem Jahre 2019

**zur Antragstellung nach § 39a (2) SGB V im Jahre**

**2020**

Anlage 3 **zum Antrag des AHD:**

(Name des AHD)

aus :

(Ortsangabe)

(Blatt Nr.      )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tag der  Maßnahme | Bezeichnung der Maßnahme  (Gegebenenfalls auf Extrablatt erläutern!) | Betrag in € | Beleg  Nr. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Summe/Zwischensumme |  |  |

Wir bestätigen die Richtigkeit der Angaben:

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers