

Qualitätsmerkmale für die SPZ  
Formblatt Aufwandsentschädigung

---

Vor- und Nachname

der/des Visitorin /Visitors: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Aufwandsentschädigung für die Visitation eines SPZ**

Für die Visitation des SPZ .....  
am \_\_\_\_\_ im Rahmen des Verfahrens zur Qualitätsentwicklung in den  
Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland initiiert vom Landschaftverband  
Rheinland und der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. bitte  
ich um Überweisung der Aufwandsentschädigung in Höhe von 250,00 Euro.  
Die Fahrt- und Reisekosten sind in der Pauschale enthalten.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:

Name der/des Kontoinhaberin/Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Für die Abführung der Umsatzsteuer und die Abführung der mich betreffenden  
Einkommenssteuer habe ich eigenständig Sorge zu tragen. Mir ist bekannt, dass von  
Ihrem SPZ keinerlei Steuern, Sozialabgaben oder sonstige Versicherungsbei- träge  
geleistet und abgeführt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift