



An
Leben mit Autismus e.V.
Odinstraße. 17
53913 Swisttal

Name des Klienten

Hiermit erkläre ich, die Kostenpauschale in Höhe von 65,- Euro für das bevorstehende Erstgespräch anzuerkennen.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Bestätigung bitte umgehend unterschrieben an die Verwaltung zurücksenden!

Nach Durchführung des Erstgesprächs wird Ihnen die Rechnung durch die Verwaltung zugestellt.