Kostenvoranschlag für:

Gültig für die Zeit ab: **Pflegestufe:**

Stempel Einrichtung

Nr.	Leistung	Preis EUR	Montag					Dienstag					Mittwoch					Donnerstag					Freitag					Samstag					Sonntag					Berechnung	
			Vo	Mi	Na	Ab	N	Vo	Mi	Na	Ab	N	Vo	Mi	Na	Ab	N	Vo	Mi	Na	Ab	N	Vo	Mi	Na	Ab	N	Vo	Mi	Na	Ab	N	Vo	Mi	Na	Ab	N	Anz	Wochenbetrag
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,
																																							,

© SysPra.de 2010

Vo = Vormittags 6-12 Uhr **Mi** = Mittags 12-14 Uhr

Na = Nachmittags 14-17 Uhr **Ab** = Abends 17-22 Uhr

N = Nachts 22-6 Uhr

Gesamtsumme pro Woche	,
Gesamtsumme pro Monat (rechnerisch: x 4,3)	,
./. Zuschuss Pflegeversicherung	,
Ihr zu zahlender Eigenanteil:	,