Kostenvoranschlag für:

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

Stempel Einrichtung

Nr.	Leistung	Preis	Montag					Dienstag					Mittwoch					Donnerstag					Freitag					Samstag					Sonntag					Berechnung	
		EUR	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

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

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