

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße

.....  
PLZ, Ort

**PROGES - WIR SCHAFFEN GESUNDHEIT**

Fabrikstraße 32, 4020 Linz  
Telefon 05 / 77 20 -0  
Fax 05 / 77 20 -222  
[office@proges.at](mailto:office@proges.at)

....., am .....

**Abrechnung medizinische Untersuchung Projekt „easykids“**

Anzahl untersuchte Kinder: .....

**Überweisungsbetrag** (EUR 40,- pro untersuchtem Kind lt. beigelegter Liste):

**EUR** .....

Ich ersuche um Überweisung des Betrages auf mein Konto

bei der .....

IBAN .....

BIC .....

Mit freundlichen Grüßen

