



An

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Landesstelle:

Straße:

Ort:

Vertragspartner

Name:

Straße:

Ort:

VPNR:

Anspruchsberechtigter

Name:

Straße:

Ort:

VSNR:

Datum:

Kostenvoranschlag Nr.:

Nr	Bezeichnung	Menge	Preis Herstellerliste	Betrag (nach Abzug Rabatt)
----	-------------	-------	-----------------------	----------------------------

Nettosumme:	€
+ MWSt	€
Endbetrag:	€

Die Herstellerpreisliste wird beigelegt.