



An

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
Landesstelle:
Straße:
Ort:

Vertragspartner

Name:
Straße:
Ort:
VPRN:

Anspruchsberechtigter

Name:
Straße:
Ort:
VSNR:

Datum:

Kostenvoranschlag Nr.:

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

| | |
|--------------------|---|
| Nettosumme: | € |
| + MWSt | € |
| Endbetrag: | € |

Die Herstellerpreisliste wird beigelegt.