****

**Formular Einsitz in kantonalen Arbeitsgruppen**

**Abrechnung zusätzlicher Leistungen in Form von Mitarbeit in kantonalen Arbeitsgruppen**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum und Dauer der Sitzung      | Spielgruppe (Name + Adresse + Telefon)      |
| Art der Arbeitsgruppe      | SpielgruppenleiterIn (Adresse + Telefon)      |
| Vor/Nachbereitung: Ja [ ] Nein [ ]   |  |
| Departement/Fachstelle/Schule/KIGA (von wem wurde die AG einberufen)       | Bankverbindung (Name der Bank)      |
| Arbeitsgruppenleitung (Name + Telefon)      | IBAN Kontonummer (Spielgruppe/Spielgruppenleitung mit Adressangabe)      |

|  |
| --- |
| Bemerkungen      |

Bitte senden Sie dieses Formular nach spätestens 5 Tagen an den Dachverband Basler Spielgruppen, Freie Strasse 35, 4001 Basel oder info@basler-spielgruppen.ch

Datum:

Visum GSL DBS: