



Datum: _____

Antrag auf erneute Kostenübernahme des therapeutischen Reitens

Gemeinnütziger Förderverein für Therapeutisches Reiten
in Plön und Umgebung e.V. (ThRiP)

Patient/Klient

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Honorar* Hippotherapie: _____

Honorar* Heilpädagogisches
Reiten/Voltigieren _____

* (einschl. Pferdeinsatz, Hallennutzung)

Beginn der Behandlung: _____

Voraussichtliche Dauer: _____

Den Selbstkostenanteil von € 5,- pro Einheit trage ich selbst.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter)

ThRiP
Gemeinnütziger Förderverein
für Therapeutisches Reiten in
Plön und Umgebung e.V.

1. Vorsitzende
Andrea Schäfer
Brügger Chaussee 42 a
24582 Wattenbek
Tel.: 04322 3109
E-Mail: a.schaefer@thrip-ev.de

Bankverbindung.
IBAN DE 89 2139 0008 0007 8400 63
BIC GENODEF1NSH
VR Bank Ostholstein Nord-Plön