****

**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: