

Förderverein
Förderschule
"Hind. Kinder"
(Name des Fördervereins)

Hansestadt Stralsund
Der Oberbürgermeister
Amt für Schule und Sport
Hafenstraße 20
18439 Stralsund

Angebot einer Zuwendung
Hier: Sachspende

Der Förderverein möchte dem Schulträger der Hansestadt Stralsund nachfolgend aufgeführte Sachspende als zweckgebundene Ausstattung anbieten:

<u>Lfd. Nr.</u>	<u>Art des Gegenstandes</u>	<u>Anzahl</u>	<u>AK (in €)</u>	<u>Bemerkung</u>
1	Therapieliege	1	750,00€	

Zweckbindung:

Die Lieferscheine und Rechnungen sind im Original dem Schreiben beigelegt.
Dem Förderverein ist bekannt, dass bei Annahme der Sachspende durch die Hansestadt Stralsund eine Veröffentlichung auf der Homepage der Stadt erfolgt.

Stralsund, 30.6.23
Ort, Datum

Jana Göttsch
Unterschrift *Vereinsvorsitzende*

Förderschule „Astrid Lindgren“ Stralsund
Schule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung
Lion-Feuchtwanger-Str. 34
18435 Stralsund
Tel. 03831 390525
e-mail: lindgren-schule@stralsund.de



Hansestadt Stralsund
Der Oberbürgermeister
Amt für Schule und Sport
z. Hd. Frau Knospe
Hafenstraße 20
18439 Stralsund

Stralsund, 13.07.2023

Posteingang	
Amt für Schule und Sport	
Abteilung Schule und Sport	
13. JULI 2023	
AZ:	238 245 R -
weitergeleitet an:	Knospe
Bear.-vermerk:	M. B. 97
Kurzzeichen / Datum:	

Sachspende

Sehr geehrte Frau Knospe,

in der Anlage erhalten Sie die Unterlagen für die Sachspende „Therapieliege“.

Mit freundlichen Grüßen

I. Schlak
Schulleiterin



Behandlungsliege schmalHannes Deffge an Lindgren-Schule@stralsund.de

22.06.2023 11:28

Von "Hannes Deffge" <H.Deffge@rehaform.de>

An "Lindgren-Schule@stralsund.de" <Lindgren-Schule@stralsund.de>

Guten Tag Frau Schlak,

hiermit bestätige ich Ihnen die kostenfreie Überlassung einer Behandlungsliege zur freien Verfügung für:

Behandlungsliege schmal
Firma K.H. Dewert GmbH
Zeitwert 750,00 Euro brutto

Bitte stellen Sie uns dafür eine Sachspendenbescheinigung aus, wenn möglich.

Sollten Sie Rückfragen haben, kontaktieren Sie mich gern.

Mit freundlichen Grüßen

Hannes Deffge
Niederlassungsleiter Servicecenter



Niederlassung Stralsund

Am Kronhalsgraben 28 | 18437 Stralsund
Tel. 03831 - 28 26 0 | Fax 03831 - 28 26 28
www.rehaform.de
www.rehaform24.de



Rehaform GmbH & Co. KG
Am Kronhalsgraben 28, 18437 Stralsund
Handelsregister HRA 2649, AG Stralsund
persönlich haftender Gesellschafter: Rehaform Verwaltungs GmbH
Geschäftsführer Anja Schurich, Falk Schurich
Ust-ID-Nr. DE 291101443

Der Inhalt dieser E-Mail ist vertraulich und ausschließlich für den bezeichneten Adressaten bestimmt. Wenn Sie nicht der vorgesehene Adressat dieser E-Mail oder dessen Vertreter sein sollten, so beachten Sie bitte, dass jede Form der Kenntnisnahme, Veröffentlichung, Vervielfältigung oder Weitergabe des Inhalts dieser E-Mail unzulässig ist. Wir bitten Sie, sich in diesem Fall mit dem Absender der E-Mail in Verbindung zu setzen.

Datenschutzerklärung fehlt!

Schule zur individuellen Lebensbewältigung Astrid Lindgren
Lion-Feuchtwanger-Str. 34
18435 Stralsund

KOPIE

Lieferschein Nr. 761492 vom 13.06.2023

Seite 1 von 1

Lieferung Behandlungsliege schmal

Sachbearbeiter	Tim Wagenbrenner	Tel.	03831-28 26 0	Filiale	1
Außendienst	Carmen Meichsner	Fax	03831-28 26 28	Ihre Kundennr.	76030
Auftrag Nr.	5107343	Gen.-nr.		Steuernummer	082/187/05309
Lieferdatum					
Versandart		Verordner/VA Nr.		ohne VO	
				VA Nr. 999999900	
Telefonnummer Kunde:	03831-390525 / 0151-22944580	Zuzahlungspflicht		Ja	
Herr Dabel					
Hilfsmittel (130138)	07 - unbesetzt				
Behandlungsliege zur Therapie		Hersteller		K.H.DEWERT GMBH	
HMV	20.29.04.0099	Registernummer		201915528	
Seriennummer	1069006				

ArtikelID	AU Menge	Liefermenge	Restmenge	ME/ VE
Artikelbezeichnung				
unbesetzt				
106989	1,00	1,00	0,00	Stück
Behandlungsliege zur Therapie				
HMV 20.29.04.0099				
aqua				

Die oben aufgeführten Artikel wurden mir im einwandfreien Zustand übergeben und in deren Gebrauch wurde ich ordnungsgemäß eingewiesen. Eine Bedienungsanleitung / Sicherheitshinweise wurden mir übergeben.
Alle mit der Lieferung in Zusammenhang stehenden Montagetätigkeiten wurden sachgerecht ausgeführt. Der Montageort erfolgte nach Absprache/auf Kundenwunsch bei Lieferung. Spätere Reklamationen können nicht anerkannt werden, Änderungen werden in Rechnung gestellt.

Empfang bestätigt:

13. 6. 23
Datum

D. Dabel
Unterschrift

rehaform GmbH & Co. KG
rehaform ostseekueste
Am Kronhalsgraben 28
18437 Stralsund
Telefon: 03831 - 28 26 0

Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung - 761492 (AU Nr. 5107343)

Die/der Kunde

Schule zur individuellen Lebensbewältigung Astrid Lindgren, geb. am:

wohnhafte: Lion-Feuchtwanger-Str. 34; 18435 Stralsund

Versicherten Nr.:

Tel.: 03831-390525

Tel.: 0151-22944580 Herr Dabel

Kostenträger:

erhält heute von der/dem rehaform GmbH & Co. KG folgendes Hilfsmittel:

Hilfsmittel/ Privat

Bezeichnung:	Behandlungsliege zur Therapie (130138)		
i.Nr.	20.29.04.0099	Inventarnummer	
Registernummer:	201915528	Fahrgestellnummer	
Hersteller:	K.H.DEWERT GMBH	Seriennummer	1069006
aktueller Lagerort:	0		

Das Hilfsmittel und die dazugehörige Gebrauchsanweisung sind heute in gebrauchsfähigem Zustand übergeben worden. Eine fachgerechte Einweisung ist erfolgt.

Der Anspruchsberechtigte verpflichtet sich,

1. Das Hilfsmittel pflegend und schonend zu behandeln bzw. für eine solche Behandlung zu sorgen, wenn das Hilfsmittel durch einen Angehörigen genutzt wird.
2. Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz des Benutzers entstanden sind, unverzüglich auf eigene Rechnung bei uns beheben zu lassen.
3. die Haftpflicht, welche sich aus dem Gebrauch oder dem Betrieb des Hilfsmittels ergibt, zu übernehmen.
4. das Hilfsmittel gegen Beschädigung durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu sichern und bei Schäden unverzüglich ein Schadensprotokoll mit Namen und Adresse des Verursachers einzureichen.
5. Ich bestätige, eine Funktionseinweisung zum o. g. Hilfsmittel und die Bedienungsanleitung erhalten und verstanden zu haben. Auf etwaige Risiken und Gefahren bei Benutzung des Hilfsmittels wurde ich hingewiesen.

Nachens- und Adressänderung, Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als drei Monate dauern sowie die Mitnahme des Hilfsmittels bei Auslandsreisen sind dem Lieferanten: rehaform GmbH & Co. KG unverzüglich mitzuteilen.

Das Hilfsmittel bleibt in diesem Eigentum: **Schule zur individuellen Lebensbewältigung Astrid Lindgren**. Wenn die Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hilfsmittel unverzüglich zurückzugeben. In diesem Fall setzen Sie sich bitte mit Ihrer zuständigen Geschäftsstelle in Verbindung.

Stralsund, den

(Ort, Datum)

14.06.23 *Hirsch*

(Unterschrift der Lieferfirma)

14.6.23 *J. J. J.*

(Unterschrift des Anspruchsberechtigten oder dessen gesetzlichen Vertreter)