

Vertragspartnerservice

Josef-Pongratz-Platz 1
Postfach 900
8011 Graz

Tel. +43 5 0766-151364

Unsere Servicezeiten finden Sie
unter: www.gesundheitskasse.at

UID-Nr. ATU74552637

--	--	--	--	--	--	--

Vertragspartnernummer

.....
Familiename und Vorname

.....
.....
Ordinationsadresse

.....
Ort und Datum

Rechnung über Impfkostenzuschuss zur FSME-Impfung

für den Abrechnungszeitraum (MM/JJJJ):

Überweisung erbeten an Bankinstitut:

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anzahl der FSME-Belege	Betrag in € pro FSME-Beleg	Gesamtsumme in €

Die Originalbelege der Impfbestätigungen liegen bei.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Stempel und Unterschrift der Ärztin/ des Arztes