



KRANKENFÜRSORGEANSTALT DER BEDIENTETEN DER STADT WIEN
 1081 WIEN • SCHLESINGERPLATZ 5 • POSTFACH 0054
 TELEFON +43 1 404 36 - 0

Ich bestätige, die beigelegte Kopie der Honorarnote ausschließlich bei der KFA (Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien) eingereicht zu haben. Das Original bewahre ich auf, um es nach eventuellem Verlangen der KFA vorweisen zu können.

Versicherungsnummer:

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

Name:

--

Datum:

--

Arzt Name:

--

Behandlungsdatum:

--



Bankverbindung (IBAN):

Bitte leserlich ausfüllen.

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

Unterschrift:

Wir bitten Sie, dieses Formular auszufüllen und uns alle Unterlagen gesammelt zu senden, damit wir Ihren Antrag auf Kostenrückerstattung bearbeiten können.



Bankverbindung BANK AUSTRIA
 IBAN: AT83 1200 0006 1101 7005 BIC: BKAUATWW