



KRANKENFÜRGSORGEANSTALT DER BEDIENTETEN DER STADT WIEN
1081 WIEN • SCHLESINGERPLATZ 5 • POSTFACH 322 • TELEFON +43 1 404 36 - 0
DVRN: 0047155

Ich bestätige, die beigefügte 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:

Eingereichte Rechnung von:

(Behandlungsdatum und Arzt Name)

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