



nierenere

südtiroler nierenkrankenverein EO
associazione altoatesina nefropatici ODV

Rückvergütungsgesuch für Therapien

Jahr 20.....

Vor- und Nachname:

.....

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Bitte Verschreibungen der Nephrologin/des Nephrologen und Originalrechnungen beilegen.

Richiesta di rimborso spese trattamenti terapeutici

Anno 20.....

Nome e cognome:

.....

Data di nascita:

Indirizzo:

.....

Allegare le prescrizioni del nefrologo e le fatture originali.

| | DATUM DATA | BESCHREIBUNG (z. B. Physiotherapie usw.) DESCRIZIONE (p.es. fisioterapia ecc.) | BETRAG IMPORTO € |
|---|-----------------------|---|-----------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| | | GESAMT/TOTALE | |

Ich erkläre unter meiner persönlichen Verantwortung und in Kenntnis der strafrechtlichen Folgen im Falle falscher Angaben, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Dichiaro, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, che i dati forniti sono veritieri.

Abzugeben **bis spätestens 23. Dezember.**

Da consegnare **entro e non oltre il 23 dicembre.**

Datum/Data

Unterschrift/Firma

Spende deine 5 Promille/dona il tuo cinque per mille: Steuernr./cod. fisc.:80021120219