

Rückerstattungsformular für Patienten/innen

Name: _____

Adresse: _____

Versicherungsnummer: _____

An die
OÖ Gebietskrankenkasse
Wahlarzthilfe
Gruberstraße 77
4020 Linz

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich ersuche um Überweisung des Kostenersatzes laut Einzahlungsbeleg und beigefügter Original – Honorarnote, sowie um eine detaillierte Kostenaufschlüsselung.

Meine Bankverbindung:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Beilagen: Original Honorarnote
Zahlungsbeleg der Bank bzw. Rechnungsbeleg