

**RÜCKVERGÜTUNGSGESUCH DER SPESEN FÜR BLUTDRUCKAPPARAT
 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE PER L'ACQUISTO DI MISURATORE DI PRESSIONE
 Jahr/Anno 2.....**

ZUNAME UND VORNAME / COGNOME E NOME
ADRESSE / INDIRIZZO

N°	DATUM DATA	BESCHREIBUNG DES ARTIKELS DESCRIZIONE DELL'ARTICOLO	BETRAG IMPORTO	VERSCHREIBUNG U.QUITTING BEIFÜGEN ALLEGARE PRESCRIZIONE E FATTURA
1				
2				

ENDBETRAG / IMPORTO TOTALE

--

Il/la sottoscritt.. consapevole delle conseguenze penali in caso di false attestazioni, dichiara che i dati forniti sono veritieri.

Der/Die Unterfertigte - in Kenntnis, dass nicht wahre Erklärungen gesetzlich verfolgbar sind- erklärt, dass die oben angeführten Angaben wahrheitsgemäß sind.

UNTERSCHRIFT / FIRMADATUM / DATA

Abzugeben innerhalb 31. Dezember eines jeden Jahres. Die Kassazettel und die Rezepte können auch auf der Rückseite angebracht werden: Da consegnare entro il 31 dicembre di ogni anno. Gli scontrini e le ricette possono essere applicati anche a tergo

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