

RÜCKVERGÜTUNGSGESUCH DER SPESEN FÜR MEDIKAMENTE
RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE PER MEDICINALI
 Jahr/Anno 2.....

ZUNAME UND VORNAME / COGNOME E NOME

ADRESSE / INDIRIZZO

CHRONOLOGISCHE AUFSTELLUNG DER SPESEN / ELENCO CRONOLOGICO DELLE SPESE

N o	DATA DATUM	BESCHREIBUNG DER MEDIKAMENTE /DESCRIZIONE DEI MEDICINALI	BETRAG IMPORTO	REZEPTE U.KASSAZETTEL BEIFÜGEN ALLEGARE SCONTRINI E RICETTE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

ENDBETRAG / IMPORTO TOTALE

Il/la unterschritt.. 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 / FIRMA

DATUM / 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