

**RÜCKVERGÜTUNGSGESUCH DER SPESEN FÜR THERAPEUTISCHE GERÄTE und BEHANDLUNGEN**  
**RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE PER SUSSIDI E TRATTAMENTI TERAPEUTICI**  
**Jahr/Anno 2.....**

<b>ZUNAME UND VORNAME / COGNOME E NOME</b>				
<b>ADRESSE / INDIRIZZO</b>				
N°	DATUM DATA	BESCHREIBUNG DER BEHANDLUNG DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	BETRAG IMPORTO	VERSCHREIBUNG U.QUITTING BEIFÜGEN ALLEGARE PRESCRIZIONE E FATTURA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
<b>ENDBETRAG / IMPORTO TOTALE</b>				

**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