



nierenere

südtiroler nierenkrankenverein EO
associazione altoatesina nefropatici ODV

**Rückvergütungsgesuch für Spesen für
Medikamente**

Jahr 20.....

Vor- und Nachname:

.....

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

**Bitte die Verschreibungen der Nephrologin/des
Nephrologen und die Quittungen der Apotheke
beilegen.**

**Richiesta di rimborso per spese per
medicinali**

Anno 20.....

Nome e cognome:

.....

Data di nascita:

Indirizzo:

.....

**Allegare le ricette del nefrologo e gli scontrini della
farmacia.**

	DATUM DATA	Name des Medikaments Nome del medicinale	BETRAG IMPORTO €
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
		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.

Abzugeben **bis spätestens 23. Dezember.**

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

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