Daten löschen

Familienname	Vorname	Amts- bzw. Dienstbez.	Datum
Dienststelle		Personalnummer	Apparat
Privatanschrift		Telefon (privat)	

Vertraulich
SE Pers B 32

Antrag auf Übernahme von Heilbehandlungskosten

Ich bitte um Erstattung der mir anlässlich meines am _____ erlittenen Unfalls entstandenen Heilbehandlungskosten in Höhe von _____ Euro **auf mein Konto:**

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bankinstitut: _____

Ich erkläre, die mit der/den beigefügten Rechnung/en geltend gemachten Heilbehandlungskosten oder Teile davon bei keinem anderen Kostenträger (Beihilfestelle/Krankenkasse) geltend zu machen bzw. geltend gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass Zuwiderhandlungen straf- und disziplinarrechtliche Folgen haben können.

Anlagen: _____ Originalrechnung(en)
_____ ärztliche Verordnung(en)

_____
(Unterschrift)