

ERSTATTUNGSANTRAG FÜR DIE MEHRLEISTUNG "OSTEOPATHIE"

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich habe osteopathische Leistungen in Anspruch genommen und beantrage Kostenerstattung im Rahmen der Satzungsmehrleistung.

Behandlungstage waren: _____

Bitte nehmen Sie die Erstattung auf folgendes Konto vor:

Geldinstitut:

BIC:

IBAN:

Kontoinhaber (falls
abweichend)

Datum Unterschrift