

An die

.....
.....
.....
.....

.....,am.....
Ort Datum

Geschätzte Sozialversicherungsanstalt!

Ich ersuche höflichst um die dem Tarif entsprechende Rückerstattung der mir entstandenen Kosten für die logopädische Leistung bei meiner Wahllogopädin.

Patient:.....

Versicherungsnummer.....Geb. Dat.:.....

Versicherter.....

Versicherungsnummer:.....Geb. Dat.:.....

Um Überweisung auf folgendes Konto wird gebeten:

Konto-Nr.:.....

Bank:.....BLZ:.....

Mit freundlichen Grüßen

.....
(Unterschrift des Patienten/Versicherten)

Anlage:

Die bestätigten Rechnungen/Zahlscheine sowie die bewilligte Verordnung sind beigelegt.