
FAMILIEN- UND VORNAME DES KINDES

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER UND GEBURTSDATUM

DAS KIND BESUCHT DIE _____ KLASSE

VERSICHERT BEI: GKK BVA

GEW. WIRTSCH. ANDERE _____

FAMILIEN- UND VORNAME DES VERSICHERTEN

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER UND GEBURTSDATUM

PLZ/ORT

STRASSE

TELEFON (BITTE GEBEN SIE IHRE TELEFONNUMMER AN, WIR INFORMIEREN SIE ÜBER DEN NÄCHSTEN TERMIN.)

NAME DES BEHANDELNDEN KINDERARZTES

DATUM

UNTERSCHRIFT DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

ICH ERKLÄRE MICH MIT DER ELEKTRONISCHEN ERFASSUNG DIESER DATEN ZU VERRECHNUNGSZWECKEN EINVERSTANDEN. MEINE DATEN WERDEN NICHT WEITERGEGEBEN.

BITTE
AUSREICHEND FRAN-
KIEREN

AVOS
ARBEITSKREIS FÜR
VORSORGEMEDIZIN
SALZBURG

ELISABETHSTRASSE 2
A-5020 SALZBURG