

ANMELDEKARTE

GRUPPENSCHULUNG „RAUCHFREI“.

AVOS-ARBEITSKREIS FÜR VORSORGE MEDIZIN SALZBURG · ELISABETHSTR. 2 · A-5020 SALZBURG
T: 0662/88 75 88-0 · F: DW 16 · avos@avos.at · www.avos.at · DVR: 0736163

FAMILIEN- UND VORNAME DER/DES VERSICHERTEN

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER UND GEBURTSDATUM

PLZ/ORT

STRASSE

TELEFON / E-MAIL

(BITTE GEBEN SIE IHRE TELEFONNUMMER ODER E-MAIL ADRESSE AN, WIR INFORMIEREN SIE ÜBER DEN NÄCHSTEN TERMIN.)

VERSICHERT BEI: GKK BVA GEW.
WIRTSCH. ANDERE _____

VOR- UND NACHNAME DES HAUSARZTES/DER HAUSÄRZTIN

PLZ/ORT

STRASSE

DATUM

UNTERSCHRIFT

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

BITTE
AUSREICHEND
FRANKIEREN

AVOS
ARBEITSKREIS FÜR
VORSORGEMEDIZIN
SALZBURG

ELISABETHSTRASSE 2
A-5020 SALZBURG