

SVdB
Sozialversicherungsanstalt der Bauern
Feldkirchner Str. 52
9020 Klagenfurt

Betreff: **Kostenrückerstattung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um Rückerstattung der Behandlungskosten auf
das hier angeführte Konto ...

Name:	
Geb.-Datum:	
Versicherungs-Nr.:	
Kto.-Nr.:	
BLZ:	

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen