



**Sanitätsversorgungszentrum
Neubiberg**
- Truppenarzt –



Sanitätsdienst
Wir. Dienen. Deutschland.

Werner-Heisenberg-Weg 39
85579 Neubiberg
Telefon 089 6004-4951
Fax 089 6004-4953
BwFernwahl 6217
E-Mail
SanVersZNeubibergHeilfuersorge@bundeswehr.org
www.unibw.de/san

Bearbeiter: HBtsm Winkler

Name, Vorname

Dienstgrad

Personenkennziffer

Dienststelle/ Einheit

Betreff: Antrag auf Kostenrückerstattung für Rezepte

Anlagen: - _____ - Originalrechnung(en)

- _____ - Rezept(e)

85579 Neubiberg, _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

am _____ war ich notfallmäßig bei einem zivilen Arzt/ Krankenhaus. Dabei wurde mir ein Medikamentenrezept/ Orthopädiebestellschein ausgestellt. Die entstandenen Kosten in Höhe von _____ Euro wurden von mir bezahlt (siehe Anlage).

Hiermit bitte ich um Kostenrückerstattung auf unten angegebenes Konto.

Name des Geldinstitutes: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Unterschrift

Vom Truppenarzt auszufüllen:

Sachlich richtig

Unterschrift/ Stempel TrpArzt

Stempel der SanEinrichtung