



**Ich bestätige, die beigefügte Kopie der Honorarnote ausschließlich bei der KFA Wien (Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien) eingereicht zu haben. Das Original bewahre ich auf, um es nach eventuellem Verlangen der KFA Wien vorweisen zu können.**

Versicherungsnummer:

Name:

Datum:

Arzt Name:

Behandlungsdatum:



Bankverbindung (IBAN):  
*Bitte leserlich ausfüllen.*

Unterschrift: .....

Wir bitten Sie, dieses Formular auszufüllen und uns alle Unterlagen gesammelt zu senden, damit wir Ihren Antrag auf Kostenrückerstattung bearbeiten können.