

Gesundheit und Solidarität

Formular 5

Dr. med. Andreas Rohner
Postfach 146, Klösterliweg 4
9642 Ebnat-Kappel
E-Mail: andreas.rohner@bluewin.ch

Formular für Bezüger von Ergänzungsleistungen

Sozialversicherungsanstalt SVA
Brauerstr. 54
Postfach
9016 St. Gallen

Abtretungsvereinbarung

Name: Vorname: geboren:/..../....

Adresse:

Sehr geehrte Damen und Herren

Obige Person erklärt sich bereit, dass die SAV die Rückvergütungen im Rahmen der Krankenkassengrundversicherung (Franchise und 10% Eigenbeteiligung) an das Projektbüro "Gesundheit und Solidarität" überweist.

Verantwortliche Person: Dr. med. Andreas Rohner, geboren 12.02.1951
Klösterliweg 4, 9642 Ebnat-Kappel

Bankverbindung: IBAN: CH24 0697 7016 2038 2990 5

Der Projektteilnehmer:
(Unterschrift)

Der Projektleiter:
(Unterschrift)

Ort:,/..../2017