

.....
Dst.-Nr. Schule

.....
PA-Nr.

.....
Zu- und Vorname, Amtstitel

.....
Telefonnummer

Versicherungsanstalt
öffentlich Bediensteter
Bahnhofplatz 10
3100 St. Pölten

....., am

Fahrtkosten zum Facharzt

Ich ersuche um Überweisung des Fahrtkostenzuschusses

für den Besuch eines Facharztes am

für die Begleitung meines Kindes zum Facharzt am

.....
Unterschrift

Beilagen: Bestätigung des Arztes
Geldinstitut, Kontonummer