

--	--	--	--	--	--	--

Vertragspartnernummer

.....  
Vor- und Zuname

.....

.....  
Ordinationsadresse

STEIERMÄRKISCHE GEBIETSKRANKENKASSE  
Abteilung Abrechnung mit Vertragspartnern  
Josef Pongratz-Platz 1  
8011 Graz

.....  
Ort und Datum

### Rechnung über Impfkostenzuschuss zur FSME-Impfung

für den Abrechnungszeitraum (MM/JJJJ): .....

Überweisung erbeten an Bankinstitut: .....

**IBAN:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**BIC:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anzahl der FSME-Belege	Betrag in € pro FSME-Beleg	Gesamtsumme in €

Die Originalbelege der Impfbestätigungen liegen bei.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Stempel und Unterschrift der Ärztin/ des Arztes