

FAMILIEN- UND VORNAME DES KINDES

DAS KIND BESUCHT DIE _____ KLASSE

VERSICHERT BEI: GKK BVA

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

SOZIALVERSICHERUNGNUMMER UND GEBURTSDATUM

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

SOZIALVERSICHERUNGNUMMER UND GEBURTSDATUM

FAMILIEN- UND VORNAME DES VERSICHERTEN

PLZ/ORT

STRASSE

TELEFON (BITTE GEBEN SIE IHRE TELEFONNUMMER AN,
WIR INFORMIEREN SIE ÜBER DEN NÄCHSTEN TERMIN.)

NAME DES BEHANDELNDEN KINDERARZTES

DATUM

UNTERSCHRIFT DES ERZIEHUNGBERECHTIGTEN

ICH ERKLÄRE MICH MIT DER ELEKTRONISCHEN ERFASSUNG DIESER DATEN ZU VERRECHNUNGSZWECKEN EINVERSTANDEN. MEINE DATEN WERDEN NICHT
WEITERGEGEBEN.

BITTE
AUSREICHEND FRAN-
KIEREN

AVOS
ARBEITSKREIS FÜR
VORSORGEMEDIZIN
SALZBURG

ELISABETHSTRASSE 2
A-5020 SALZBURG